



Dissertation

Psychoonkologische Belastungen bei gastrointestinalen Tumorpatienten

Erlangung des akademischen Grades Doktor rer. nat. im Fach Psychologie

Lebenswissenschaftliche Fakultät

Diplompsychologin/Psychologische Psychotherapeutin Ruth Hirth

Präsidentin der Humboldt-Universität zu Berlin:

Prof. Dr.-Ing. Dr. Sabine Kunst

Dekan der Lebenswissenschaftlichen Fakultät:

Prof. Dr. Bernhard Grimm

Gutachter/in: 1. Prof. Elke van der Meer

2. Prof. Mathias Pross

3. Prof. Susanne Singer

Datum der Promotion: 7. November 2017

Danksagung

An erster Stelle, und mögen mir andere verzeihen, muss ich meinen Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen danken. Sie haben mir die Möglichkeit gegeben, in ihrer schweren Lebensphase einen Einblick in ihr Leben zu bekommen. Durch ihre Bereitschaft, an der Untersuchung teilzunehmen, war die ganze Arbeit überhaupt erst möglich. Herzlichen Dank.

Besonderen Dank möchte ich auch meiner Doktormutter Frau Prof. van der Meer mit dem ihrem Team, den im Projekt beteiligten Studenten und Herrn Bernd Schicke ausdrücken. Sie alle waren mir stets eine Quelle der Inspiration und der Anregung oder eine große Hilfe bei der statistischen Auswertung der Daten. Danke für die ehrliche und offene Kritik, die mir immer wieder auch neue Sichtweisen auf die Arbeit vermitteln.

Dank gilt meiner Familie, meinem Mann und den Kindern, aber besonders meinem Vater, der mich an seinem lebenslangen beruflichen Erfahrungsschatz hat teilhaben lassen, wodurch viele Ideen und Anregungen in diese Arbeit mit einfließen konnten. Vielen herzlichen Dank dafür.

Schließlich möchte ich mich bei Prof. Pross und dem Unternehmen der DRK Kliniken Berlin | Köpenick bedanken, die mir es ermöglicht haben, dieses Projekt ins Leben zu rufen und über viele Jahre lang zu verfolgen.

Zusammenfassung

Gastrointestinale Tumorpatienten leiden bei ihrer Akutaufnahme im Krankenhaus und in der sich anschließenden Chemotherapie unter somatischen, psychischen und sozialen Belastungen, die sie psychoonkologisch behandlungsbedürftig erscheinen lassen. Bei 60 % dieser Patienten wurde ein solcher Behandlungsbedarf festgestellt.

Das Anliegen der Arbeit war es, neben der Ermittlung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs, die Teilnahmebereitschaft dieser Patienten an einer psychoonkologischen Intervention festzustellen und zwei unterschiedliche Therapieverfahren (kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Gesprächstherapie und Entspannungstherapie in Form einer progressiven Muskelrelaxation) mit einer Kontrollgruppe (Darreichung von Informationsmaterial über das Krankheitsbild) zu vergleichen. Es konnte ein positiver Effekt der Intervention, besonders der Gesprächstherapie, auf die Reduktion der Angst und Depression bei hoch belasteten Tumorpatienten nachgewiesen werden. Der Betreuungsbedarf derjenigen Patienten, die nur Informationsmaterial über die bösartige Krankheit erhielten, veränderte sich dagegen in der Zeit ihrer Chemotherapie nicht.

Verlaufsabhängig konnte gezeigt werden, dass die Veränderung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs bereits kurz nach der Intervention einsetzt. Es gab aber auch Patienten, die erst im Verlauf der Intervention während der Chemotherapie einen psychoonkologischen Betreuungsbedarf entwickelten, den sie zu Beginn der Untersuchung nicht hatten. Auch diese Patienten konnten durch die psychotherapeutischen Interventionsmaßnahmen erfolgreich behandelt werden.

Wider Erwarten verbesserte sich die Lebensqualität der Patienten trotz Abnahme ihrer Angst- und Depressionswerte durch die psychoonkologische Betreuung nicht.

Der psychoonkologische Betreuungsbedarf gastrointestinaler Patienten und seine Veränderung hängen von ihrem Geschlecht und ihrem Alter ab. Tumorpatientinnen haben einen höheren psychoonkologischen Betreuungsbedarf und verbessern sich in ihren psychischen Störungen schneller als männliche Patienten. Ältere Tumorpatienten (> 70 Jahre) haben einen höheren psychoonkologischen Betreuungsbe-

darf als jüngere Patienten. Bei jüngeren Tumorpatienten vermindern sich jedoch die somatischen, psychischen und sozialen Belastungen durch die Intervention.

Der Krankheitsstatus (Erst- oder Zweiterkrankung, Rezidiv, Grad der Metastasierung), das Behandlungsziel (kurativ, palliativ), der Funktionszustand des Patienten (normale körperliche Aktivität, Einschränkung durch Bettruhe) und Begleiterkrankungen haben keinen entscheidenden Einfluss auf den psychoonkologischen Behandlungsbedarf der Patienten und auf seine Veränderung durch die Intervention.

Der Einfluss von Copingstrategien auf die Verarbeitung des Krankheitserlebens wurde untersucht. Die Neubewertung emotional belastender Ereignisse im Sinne von Gross (2010) hat einen prognostisch positiven Einfluss auf die Veränderung des psychoonkologischen Behandlungsbedarfs und der Depressivität der Tumorpatienten. Durch einen Copingstil in Form der Unterdrückung emotional belastender Ereignisse, konnten Veränderungen der Angst der Patienten durch die Intervention erzielt werden.

Es konnte in der Untersuchung nicht gezeigt werden, dass bei der Verarbeitung emotional belastender Ereignisse während einer Therapiesitzung in der Entspannungsgruppe eine Pulsfrequenzreduktion eintritt.

Neben den eingesetzten Interventionsverfahren (kognitiv ausgerichtete Gesprächstherapie und Entspannungstherapie) hängt der psychotherapeutische Interventionserfolg während der Chemotherapie der Patienten mit gastrointestinalen Tumoren stark von der deren Motiviertheit ab (im Hinblick auf Behandlungsmotiv und ihre aktive Mitarbeit) und sollte bereits vor Beginn der psychoonkologischen Intervention gefördert werden.

Schlagwörter: Psychoonkologie, gastrointestinale Tumoren, Chemotherapie, Behandlungsbedarf, Angst, Depression, Lebensqualität

Summary

Gastrointestinal cancer patients who are hospitalized and receiving chemotherapy suffer from somatic, psychological, and social stresses that can be counteracted with psycho-oncological treatment. In fact, 60% of this population has been found to be in need of such services.

The aim of this study was to determine how many patients in need of these services would be willing to participate in a psychosocial intervention, and to compare the outcomes of groups receiving two different therapeutic approaches (cognitive behavioral talk therapy and relaxation therapy in the form of a progressive muscle relaxation) with those of a control group, who were simply given written materials about their illness that included information on relevant psychosocial issues.

The interventions, especially the talk therapy, were observed to have a positive effect on alleviating depression and anxiety in highly burdened cancer patients. The patients who only received written information about their disease showed no changes in the degree to which they needed psycho-oncological support over the time they were receiving chemotherapy. While some patients experienced improvements soon after the interventions had begun, there were also cases of patients who hadn't initially exhibited a need for psycho-oncological support but later came to develop this need over the course of undergoing chemotherapy. These patients were also successfully treated through the psychotherapeutic interventions. Contrary to expectations, patients' overall quality of life did not improve despite the fact that receiving psychosocial support did help in reducing their levels of anxiety and depression.

Gender and age affect the degree to which gastrointestinal cancer patients need psychosocial care as well as how those needs change. Female cancer patients have a greater need for such support and they experience faster improvements in their emotional state when those needs are met. Older cancer patients (> 70 age) have a greater need of psycho-oncological care than younger patients do, but their somatic, psychological, and social stresses also appear to be less effectively treatable with interventions than they are in younger patients.

Status of illness (primary or secondary diagnosis, relapse, degree of metastasis), treatment goal, (curative, palliative), patient's level of functioning (normal physical activity, limitations due to prescribed bed rest), and accompanying illnesses do not decisively influence how much psycho-oncological care cancer patients need or how this changes over the time of the intervention.

We also examined how patients' coping strategies influence how they process the experience of having a serious disease. Cognitive reappraisal of emotionally difficult circumstances (as described by Gross 2010) has a positive influence on changes in cancer patients' need for psychosocial support and levels of depression. One result of the intervention was that patients were able to achieve changes in their anxiety levels by consciously suppressing emotionally difficult events.

No reduction in pulse rate was observed in members of the relaxation group while they took part in therapy sessions designed to help them process emotionally difficult events.

In addition to the type of therapy employed (cognitive behavioral talk therapy and relaxation therapy), the success of psychotherapeutic interventions aimed at supporting gastrointestinal cancer patients undergoing chemotherapy is highly dependent on how motivated the patients are in terms of their active engagement in the process. This fact should be communicated to patients and assurances of their active participation secured before they begin this psycho-oncological intervention.

Keywords: psycho-oncology, gastrointestinal cancer, chemotherapy, support needs, anxiety, depression, quality of life

Inhaltsverzeichnis

1 Einführung.....	15
1.1 Definition und Ziel der Psychoonkologie.....	16
1.2 Epidemiologie.....	17
1.3 Medizinische Grundlagen.....	19
1.3.1 Krebsgenese und Stadieneinteilung.....	19
1.3.2 Diagnostik und Therapieoptionen	20
1.3.3 Prognoseeinschätzung.....	22
1.4 Risikofaktoren für eine Tumorerkrankung	22
1.4.1 Somatische Faktoren	23
1.4.2 Psychische Faktoren	23
1.5 Komorbiditäten bei Krebserkrankungen.....	23
1.5.1 Somatische Komorbiditäten	24
1.5.2 Psychische Komorbidität	24
1.6 Risikofaktoren für psychische Auffälligkeiten bei Krebspatienten	25
2 Krankheitsverarbeitung bei Karzinompatienten.....	27
2.1 Psychoonkologisches Belastungsspektrum.....	27
2.1.1 Subsyndromale Belastungen.....	28
2.1.2 Psychische Belastungen im Krankheitsverlauf	29
2.2 Psychoonkologische Belastungsdiagnostik	31
2.3 Modelle der Krankheitsverarbeitung.....	33
2.3.1 Emotionsentstehung.....	33
2.3.2 Emotionsregulation	35
2.3.3 Krankheitsverarbeitungsmodell von Hasenbring (1988)	38
2.4 Psychoonkologische Intervention	41
2.4.1 Vorgaben für die psychoonkologische Intervention	41
2.4.2 Formen und Studienlage der psychoonkologischen Interventionen	43
2.4.3 Zusammenfassung.....	50
3 Ablauf und Besonderheiten der psychoonkologischen Studie	51
3.1 Schlussfolgerungen aus der Literaturrecherche.....	51
3.2 Feststellung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs.....	52
3.3 Beurteilung der Teilnahmebereitschaft an einer psychoonkologischen Intervention	54
3.4 Fragestellungen zur Wirkung und zum Verlauf einer psychoonkologischen Intervention.....	59
3.4.1 Fragestellungen zur psychoonkologischen Intervention.....	59

3.4.2	Einschlusskriterien.....	61
4	Beurteilung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs.....	63
4.1	Hypothesen.....	64
4.1.1	Hypothese 1.....	64
4.1.2	Hypothese 2.....	64
4.1.3	Hypothese 3.....	64
4.2	Methodik.....	64
4.2.1	Stichprobenbeschreibung.....	64
4.2.2	Testbeschreibung.....	65
4.2.3	Beschreibung der statistischen Methoden.....	68
4.3	Ergebnisse und Interpretation.....	70
4.3.1	Hypothese 1.....	70
4.3.2	Hypothese 2.....	70
4.3.3	Hypothese 3.....	72
4.4	Zusammenfassung	73
5	Entscheidungsverhalten der Patienten zur Interventionsteilnahme... 74	74
5.1	Prozess der Entscheidungsfindung.....	74
5.2	Hypothesen.....	77
5.2.1	Hypothese 1.....	77
5.2.2	Hypothese 2.....	77
5.2.3	Hypothese 3.....	77
5.3	Methodik.....	77
5.3.1	Stichprobenbeschreibung.....	77
5.3.2	Beschreibung der Testverfahren und der statistischen Berechnung.....	78
5.4	Ergebnisse.....	80
5.4.1	Vergleich mit der ersten Voruntersuchung im Hinblick auf den psychoonkologischen Betreuungsbedarf der Patienten.....	80
5.4.2	Hypothese 1.....	82
5.4.3	Hypothese 2.....	83
5.4.4	Hypothese 3.....	84
5.4.5	Weitere Ergebnisse	85
5.5	Zusammenfassung	87
6	Vergleich verschiedener psychoonkologischer Interventionsformen 88	88
6.1	Methodik.....	88
6.1.1	Stichprobencharakteristik.....	88
6.1.2	Studiendesign	91
6.1.3	Beschreibung der psychoonkologischen Interventionsverfahren	91

6.1.4	Eingesetzte Testdiagnostik und statistische Verfahren.....	95
6.2	Vergleich der eingesetzten Screeningmethoden zur Ermittlung des psychoonkologischen Betreuungsbedarf der Tumorpatienten	98
6.2.1	Eingeengter und erweiterter psychoonkologischer Betreuungsbedarf	99
6.2.2	Angstbelastung	101
6.2.3	Depressionsbelastung.....	101
6.2.4	Lebensqualität.....	101
6.2.5	Copingstrategien	102
6.2.6	Pulsfrequenzmessung	104
6.2.7	Betreuungsbedarf, Angst, Depression und Lebensqualität vor der Intervention	104
6.3	Hypothesen.....	107
6.3.1	Hypothese 1	107
6.3.2	Hypothese 2	107
6.3.3	Hypothese 3	107
6.4	Statistische Auswertung.....	108
6.5	Ergebnisdarstellung.....	110
6.5.1	Hypothese 1a	110
6.5.2	Hypothese 1b.....	114
6.5.3	Hypothese 1c	116
6.5.4	Hypothese 1d.....	118
6.5.5	Hypothese 1e	120
6.5.6	Hypothese 2a	122
6.5.7	Hypothese 2b.....	123
6.5.8	Hypothese 2c	123
6.5.9	Hypothese 2d.....	124
6.5.10	Hypothese 3a	125
6.5.11	Hypothese 3b.....	127
6.5.12	Hypothese 3c	129
7	Diskussion	131
7.1	Psychoonkologischer Betreuungsbedarf.....	131
7.1.1	Ergebnis.....	131
7.1.2	Diskussion.....	131
7.2	Aussagen zur Teilnahmebereitschaft an einer psychoonkologischen Intervention	137
7.2.1	Ergebnis.....	137
7.2.2	Diskussion.....	137

7.3	Veränderung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs im Verlauf der Intervention.....	139
7.3.1	Ergebnis	139
7.3.2	Diskussion.....	140
7.4	Vergleich der psychoonkologischen Interventionsformen während der chemotherapeutischen Behandlung	143
7.4.1	Ergebnis	143
7.4.2	Diskussion.....	143
7.5	Veränderung der Pulsfrequenz als psychophysiologischer Parameter während der psychoonkologischen Intervention.....	148
7.5.1	Ergebnis	148
7.5.2	Diskussion.....	148
7.6	Einflussfaktoren auf den psychoonkologischen Betreuungsbedarf, die Angst, die Depression und die Lebensqualität.....	149
7.6.1	Ergebnis	149
7.6.2	Diskussion.....	150
7.7	Limitation der Studie	154
7.7.1	Studiendesign	154
7.7.2	Missing value	155
7.7.3	Intervention.....	156
7.7.4	Einflussfaktoren.....	156
7.8	Ausblick und Ideen zur Fortführung.....	157
7.9	Resümee.....	159
8	Anhang	160
8.1	Statistische Daten zur ersten Voruntersuchung	160
8.2	Statistische Daten zur zweiten Voruntersuchung	172
8.3	Statistische Daten zur Hauptuntersuchung	203
8.4	Verwendete Materialien	259
8.4.1	Patienteninformation	259
8.4.2	Einverständniserklärung zur Studie.....	262
8.4.3	Anleitung zur Durchführung der PMR.....	263
8.4.4	Psychoonkologische Basisdokumentation PO-Bado	265
8.4.5	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	267
8.4.6	Fragebogen zur Belastung von Krebskranken (FBK-R10).....	268
8.4.7	European Organisation for Research and Treatment of Cancer – Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30).....	269
8.4.8	Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)	271
8.4.9	Response Styles Questionnaire (RSQ-D).....	272
8.4.10	Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV)	274

8.4.11 Übersicht über die verwendeten Informationsmaterialien	276
8.4.12 Broschüre „Aktiv werden und Genießen“	277
8.4.13 Infoblatt „Soziale Kompetenzen“	280
9 Abkürzungsverzeichnis	284
10 Literaturverzeichnis	286
11 Abbildungsverzeichnis.....	293
12 Tabellenverzeichnis.....	294
13 Eidesstattliche Erklärung.....	300

1 Einführung

Krebserkrankungen erfahren in jüngster Zeit viel Aufmerksamkeit. Die Bundesregierung hat am 31. Januar 2013 im Rahmen des Nationalen Krebsplanes ein Krebsfrüherkennungs- und Krebsregistergesetz beschlossen, das die medizinische Versorgung auf diesem Gebiet entscheidend verbessern soll. Aktuelle Entwicklungen sind diesbezüglich schon abgeschlossen, so z.B. die S3-Leitlinie der Psychoonkologie seit 2014. Beabsichtigt ist diese im Herbst 2017 zu modifizieren (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014b). Die Einführung eines einheitlichen Krebsregisters steht für das Jahr 2016/2017 an. Immerhin ist jeder zweite Todesfall in Deutschland auf eine Krebserkrankung zurückzuführen und mehr als die Hälfte der neu entwickelten Medikamente sollen der Behandlung von malignen Tumoren dienen.

In einer Kampfansage „War on Cancer“ hatte der damalige amerikanische Präsident R. Nixon bereits 1971 durch Bereitstellung hoher finanzieller Mittel angekündigt, den Krebs bis zum 200. Jahrestag der Unabhängigkeit der USA (1976) besiegen zu wollen – aber das Leiden und Sterben an bösartigen Erkrankungen nahm trotz gewisser Erfolge auf theoretischem und therapeutischem Gebiet eher zu (Sporn, 1996).

2011 schwor man sich in einem vom Imperial College of Medicine in London herausgegebenen Wissenschaftsbericht „The Future of Cancer Care“ darauf ein, die Tumorerkrankungen bald in eine Reihe mit anderen chronischen Volkskrankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und chronische Bronchitis zu stellen. Das naheliegende Ziel für die Krebserkrankungen lautet inzwischen nicht Heilung an sich, sondern langfristige Behandelbarkeit derselben. Somit besteht die Aufgabe der Betreuung Krebskranker künftig vor allem darin, bei verlängerter Lebenserwartung und damit verlängertem Kranksein, die Lebensqualität und das daraus resultierende psychische Befinden der Tumorpatienten zu erhöhen (Berend & Küchler, 2010; Siegler, 2011).

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, den psychoonkologischen Betreuungsbedarf der Patienten mit gastrointestinalen Tumoren¹ bei ihrer Aufnahme in die Akutklinik zu erfassen und mögliche Veränderung während der eingeleiteten Chemotherapiephase zu verfolgen. Untersucht wird, unter welchen Gesichtspunkten sich die Patienten während ihrer medizinischen Behandlung für eine begleitende psychoonkologische Betreuung entscheiden, welche der psychoonkologischen Interventionsform bei den Patienten mit gastrointestinalen Tumoren erfolgversprechend ist und welche Strategien der Krankheitsverarbeitung dabei von den Patienten angewendet werden.

1.1 Definition und Ziel der Psychoonkologie

„Die Psychoonkologie - synonym auch „Psychosoziale Onkologie“ ist ein eigenes Arbeitsgebiet im onkologischen Kontext, das sich mit dem Erleben und Verhalten sowie den sozialen Ressourcen von Krebspatienten im Zusammenhang mit ihrer Krebserkrankung, deren Behandlung sowie damit verbundenen Problemlagen befasst.“ (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014b, S. 24).

Der Inhalt der Psychoonkologie ist daher die psychische und soziale Begleitung der Tumorpatienten und ihrer Angehörigen in Zusammenarbeit mit den Ärzten (meist spezialisierte Onkologen), Pflegekräften, Sozialarbeitern und anderen Berufsgruppen z.B. Physiotherapeuten zu unterstützen.

Durch die Zertifizierung von Organzentren wurde die bedarfsgerechte psychoonkologische Versorgung als ein wichtiger Punkt vorgeschrieben und integriert. Regelmäßige Kontrollen erfolgen durch die Rezertifizierung.

Ziele der psychoonkologischen Versorgung sind die Unterstützung der Patienten bei der Krankheitsverarbeitung, die Verbesserung ihrer Lebensqualität, insbeson-

¹ Gastrointestinale Tumore sind Tumore die im oberen Gastrointestinaltrakt (Speiseröhre, Magen, Pankreas und Zwölffingerdarm) und/oder im unteren Gastrointestinaltrakt (restliche Teile des Darms, Rektum, Anus) auftreten. Im Folgenden verstehen wir unter diesen Tumoren bösartige Neubildungen in Form von Karzinomen.

dere ihrer psychischen Befindlichkeit, ihrer Kommunikationsfähigkeit und ihrer sozialen Kontakte unter Einbeziehung vertrauter Angehöriger.

In einem Artikel von Tschuschke (2003) werden die Ziele der Psychoonkologie genauer erwähnt, wonach eine Reduktion der Angst und Depression, die Verbesserung der Lebensqualität und der Adhärenz der Patienten, sowie die Stärkung des Wissens und der Kontrolle über die Erkrankung im Vordergrund stehen. Für Kusch, Labouvie und Hein-Nau (2013) sollte sich die Psychoonkologie auf das Vertrauen in die Handlungs- und Entscheidungskompetenz der Patienten und deren Stärkung ausrichten.

Psychoonkologische Maßnahmen sind primär patientenzentriert, ressourcen- sowie problemorientiert. Sie tragen vorwiegend supportiven Charakter. Verschiedene Psychotherapiemethoden sind in sie integriert (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014a).

1.2 Epidemiologie

Die Zahl der Tumorerkrankungen schwankt im Laufe der letzten 20 Jahren mit steigender Tendenz. Das Robert Koch Institut stellte 2012 die Zahlen für die Jahre 2007/2008 vor (Koch-Institut & V., 2012).

Laut dieser Statistik erkrankten 51% der Männer und 43 % der Frauen im Laufe ihres Lebens an Krebs. Bei Frauen tritt die Tumorerkrankung in der Regel in einem früheren Lebensalter auf. Betrachtet man die Mortalitätsrate der Krebserkrankungen, so kann festgestellt werden, dass jeder vierte Mann und jede fünfte Frau an ihrem Tumorleiden verstirbt.

Etwa jede siebte Tumorerkrankung betrifft den Darm, davon zu zwei Drittel den Dickdarm (Kolon) und zu einem Drittel den Enddarm (Rektum) sowie den Analkanal. Krebserkrankungen des Dünndarms in Form von neuroendokrinen Tumoren sind mit 1% ausgesprochen selten.

Man rechnet damit, dass in Deutschland etwa 35.000 Männer und 28.000 Frauen jährlich neu an Darmkrebs erkranken. Darmkrebs ist bei den Männern nach Pros-

tata- und Lungenkarzinomen die dritthäufigste, bei den Frauen nach Brustkrebs die zweithäufigste bösartige Erkrankung. Bezüglich der Krebsmortalität steht der Darmkrebs z.B. bei den Männern nach dem Lungenkarzinom an zweiter Stelle, bei den Frauen nach Brust- und Lungenkrebs auf der dritten Position. Die Wahrscheinlichkeit an Darmkrebs zu erkranken, steigt bei Männern und Frauen mit dem Lebensalter (mittleres Erkrankungsalter zwischen 70 und 75 Jahren). Bei verbesserter Darmdiagnostik, auch im Rahmen der Früherkennung, nahmen in Deutschland in den letzten Jahren die absoluten und die altersstandardisierten Erkrankungsraten trotz des demografischen Wandels kaum zu. Die Sterberaten der Darmkrebspatienten sind deutlich rückläufig und ihre 5-Jahres-Überlebensrate hat sich auf 65 % erhöht. Das hat zur Folge, dass die meisten Karzinompatienten nicht an, sondern mit ihrem Tumor versterben. Die Inzidenz der Darmkrebsfälle schwankt bei etwa gleicher Mortalität innerhalb der Länder Europas zwischen 40 und 100 Fällen pro 100.000 Einwohner, wobei Deutschland im Mittelfeld liegt.

Speiseröhren- (Ösophagus-) und Magenkarzinome treten bei Männern deutlich häufiger als bei Frauen auf. Das mittlere Erkrankungsalter liegt zwischen 70 und 75 Jahren. Inzidenz und Mortalität der Karzinome des oberen Gastrointestinaltrakts sind in Osteuropa immer noch häufiger als in den westlichen Industriestaaten. Hier gehen Morbidität und Mortalität dank der vermutlich besseren medizinischen Betreuung kontinuierlich zurück. Die wenig befriedigende relative 5-Jahres-Überlebensrate liegt bei Magenkarzinomen aller Tumorstadien bei knapp 20-27,5 % (Meyer & Wilke, 2011). Durch neue Operationsmethoden konnte die 5-Jahres-Überlebensrate bei Ösophaguskarzinomen auf 65-70 % gesteigert werden (Grätzel von Grätz, 2005).

Karzinome der Gallenwege kommen bei Frauen häufiger vor als bei Männern (3.000 gegenüber 2.400 Neuerkrankungen pro Jahr auf 100.000 Einwohner). Die relativen 5-Jahres-Überlebensraten betragen jedoch nur knapp 20 %.

Bauchspeichel- (Pankreas-) Karzinome sind bei Männern und Frauen etwa gleich häufig (rund 8.000 Neuerkrankungen auf 100.000 Einwohner pro Jahr). Sie werden aber größtenteils zu spät erkannt. Daher liegt die relative 5-Jahres-Überlebenszeit der Pankreaskarzinompatienten nur bei etwa 8 %.

1.3 Medizinische Grundlagen

1.3.1 Krebsgenese und Stadieneinteilung

Theoretische Grundlage für die medizinische Behandlung krebserkrankter Patienten ist die Annahme der Existenz sogenannter Krebsstammzellen. Unter bestimmten Bedingungen (exogene und endogene Faktoren) können diese sich zu Tumorzellen entwickeln und deren ungerichtetes Wachstum veranlassen. Es kommt darauf an, die vermuteten Krebsstammzellen, die auch für Metastasen und Rezidive der Tumore verantwortlich gemacht werden, zu identifizieren und gegebenenfalls provokativ anzugehen. Das erfordert in Bezug auf die Medikamentenauswahl eine individuelle Therapie (Herold, 2015).

Andererseits führt man die Krebsgenese auf genetische Veränderungen im Erbgut (Genommutationen) zurück, die den zerstörerischen, unkontrollierten Tumorstadiumsprozess in Gang bringen (Herold, 2015).

Das „International Cancer Genom Consortium“ beschäftigt sich seit 2008 mit der Identifizierung solcher Onkogene, von denen bisher über 300 bestimmt werden konnten. Das hat einen großen Einfluss auf die individuelle Behandlung von Tumorkranken in Bezug auf die Ansprechbarkeit von Medikamenten. Eine Risikostratifizierung wird im Rahmen der Früherkennung, z.B. bei der Vorsorgekoloskopie für Patienten ab dem 55. Lebensjahr, vorgenommen (Consortium, 2013; Leitlinienprogramm Onkologie, 2013).

Kolorektale Karzinome sind meist Adenokarzinome, die zu 75 % sporadisch und zu etwa 20 % familiär gehäuft auftreten. Risikofaktoren sind vorbestehende Adenome, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Lebensstil und Ernährungsfaktoren der Patienten. Eine familiäre Disposition besteht beim HNPCC Lynch Syndrom (Bruns, 2013).

Bei der Genese des Magenkarzinoms wird immer wieder die langanhaltende Besiedelung der Magenschleimhaut mit dem *Helicobacter-pylori*-Keim diskutiert.

Für die Einteilung der malignen Tumore wird die TNM-Klassifikation herangezogen, in die die Größe des Primärtumors (T), der Lymphknotenbefall (N) und die Metastasierung (M) eingehen.

Die wissenschaftliche Forschung hat bis heute keine Hinweise dafür gefunden, dass bestimmte Persönlichkeitsmerkmale (wie eine Typ C-Persönlichkeit: extrem angepasst mit unterdrückten Gefühlen) eine Tumorentwicklung begünstigen. Unstrittig ist jedoch, dass der Lebensstil eines Menschen wie Rauchen, Alkoholmissbrauch, ernährungsbedingte Adipositas und Bewegungsmangel Einfluss auf eine jeweils organbezogene Krebsentstehung und deren Verlauf (Lunge, Leber, Magen-Darm-Trakt) nehmen kann (Tschuschke, 2002; Schwarz & Singer, 2008; Bruns, 2013).

Viel diskutiert ist auch die Annahme der Psychoneuroimmunologie, dass eine „Immunschwäche“ - bedingt durch psychische Belastungen - die Abwehrbereitschaft des Körpers gegenüber „Krebszellen“ herabsetzt und dadurch die Tumorgenese begünstigt. Umgekehrt soll Eustress durch eine Verbesserung der Immunitätslage angeblich vor dem Entstehen einer Krebserkrankung schützen. Eindeutige wissenschaftliche Ergebnisse liegen dazu nicht vor (Schubert, 2011).

1.3.2 Diagnostik und Therapieoptionen

Die Diagnostik von gastrointestinalen Tumorerkrankungen erfolgt durch endoskopische Verfahren, radiologische Diagnostik oder diagnostische Laparoskopie. Das Ziel ist eine Bestätigung oder der Ausschluss eines Tumorleidens, meist mit histologischer Sicherung (Bruns, 2013).

Im Frühstadium sind die Patienten oft weitgehend beschwerdefrei. Ein Teil der kolorektalen Karzinome wird - wie erwähnt - im Rahmen der Frühdiagnostik (Krebsvorsorge) erkannt. Diagnostizierte auffällige Darmpolypen erfordern, falls sie nicht komplett abgetragen werden können, eine fortlaufende koloskopische Beobachtung, da sich eine Tumorerkrankung herausbilden kann.

Zur gezielten Tumordiagnostik führen unspezifische Symptome, wie ungeklärte Gewichtsabnahme, Anämie, Gerinnungsstörungen (spontane Thrombosen), Blutungen aus dem Magen-Darm-Trakt, seltener Oberbauch- oder Unterleibsbe-

schwerden in Form von Schmerzen und/oder Durchfall bzw. Obstipation sowie ein tastbarer abdomineller Befund.

Die Behandlung von gastrointestinalen Karzinomen besteht aus drei Säulen: Operation bzw. endoskopische Intervention, Chemotherapie und Strahlentherapie.

Die Behandlungsziele sind kurativ oder palliativ. Unter kurativ versteht man die komplette Heilung der Krankheit. Palliativ bedeutet unter Aufgabe der Heilungsabsicht ein Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern. Das beinhaltet die Behandlung der Krankheitssymptome, um die Lebensqualität und eventuell auch die Lebenserwartung des Patienten zu verbessern (Faller & Lang, 2010).

Die Behandlungsformen sind:

- Primärtherapie als erste und hauptsächlich wirksame Behandlung bei nichtmetastasierenden Karzinomen (Operation oder endoskopische Abtragung).
- Adjuvante Therapie – zusätzlich zur primären Behandlung, meist in Form einer Chemotherapie, um den Behandlungserfolg langfristig abzusichern.
- Neoadjuvante Therapie – diese Behandlungsform wird vor einer Primärtherapie angewandt, um eine Operation infolge einer Verkleinerung des Primärtumors zu ermöglichen und dadurch die Prognose des Eingriffs zu verbessern (bei Magen-, Ösophagus- und Rektumkarzinomen).
- Palliative Therapieformen – sind in der Regel ebenfalls tumorspezifisch und kommen zum Einsatz, wenn eine Primärtherapie auch unter Mithilfe adjuvanter Behandlungen nicht mehr möglich ist und die Heilungsabsicht der Krebserkrankung für den Patienten nicht verwirklicht werden kann.

Operative Verfahren der Krebsbehandlung werden in der Primärtherapie eingesetzt, darüber hinaus auch bei der kurativen Behandlung zum Beispiel von Lebermetastasen oder palliativ in Notfallsituationen krebsskranker Menschen, wenn sich bei ihnen z. B. ein Darmverschluss einstellt. Die Metastasenbehandlung hat sich bei Patienten mit gastrointestinalen Tumoren in den letzten Jahren erheblich weiterentwickelt, z.B. in der Form der HIPEC (Hyperthermic intraperitoneal Chemotherapie) und einer Brachytherapie (innere Strahlentherapie).

Die in der medikamentösen Therapie eingesetzten Chemotherapeutika lassen sich in Zytostatika, Hormone, monoklale Antikörper, Zytokine und Signaltransduktions-Inhibitoren einteilen. Bei der Gabe dieser Substanzen sind die Wechselwirkungen und die Nebenwirkungen (z.B. Übelkeit, Erbrechen, Hautausschlag, Haarverlust) individuell zu beachten (Preiß, Dornoff, Schmieder, Honecker & Claßen, 2014/2015). Diese können zu Einschränkungen der Lebensqualität und zu psychischen Belastungen führen (Hasenbring, 1988; Fallowfield, 1992). Die Art der eingesetzten Medikation hängt von der Lokalisation des Tumors, des Tumorstadiums sowie dem körperlichen Befinden des Patienten und dem daraus abgeleiteten Therapieziel ab.

Eine Strahlentherapie ist eine lokale Behandlung des Tumors, d.h. die Tumorerstörung erfolgt nur im angegebenen Strahlenfeld. Die Behandlungsform kann allein oder in Kombination mit einer Chemotherapie oder Operation erfolgen.

Die Behandlungsoptionen krebskranker Patienten werden in zertifizierten Organzentren in den Tumorkonferenzen entschieden und richten sich nach den Leitlinien sowie aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen.

1.3.3 Prognoseeinschätzung

Bei der Einschätzung der Prognose einer Tumorerkrankung gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Angaben der Patienten in Kenntnis ihrer Diagnose und dem Arzturteil. Patienten schätzen die Prognose ihrer Erkrankung in der Regel günstiger ein als ihr behandelnder Arzt (Bublack, 2016).

1.4 Risikofaktoren für eine Tumorerkrankung

Risikofaktoren bedeuten, dass bestimmte Merkmale das Auftreten einer Erkrankung begünstigen. Diese können im Verlauf einer Krankheit dafür ursächlich verantwortlich sein oder sie sind nur Marker in Bezug auf eine höhere Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Erkrankung.

1.4.1 Somatische Faktoren

Krebserkrankungen manifestieren sich in den meisten Fällen bei älteren Menschen, wenn nicht bei jüngeren Patienten im Einzelfall besondere genetische und Umweltfaktoren zum Tragen kommen. Es ist daher nicht verwunderlich, dass Risikofaktoren somatischer Natur bei Krebskranken häufiger vorkommen oder sogar Tumorerkrankungen selbst bei der Behandlung chronischer Allgemeinerkrankungen als „Nebenwirkungen“ der verabreichten Medikamente gelegentlich induziert werden können.

Eine Leberentzündung oder gar eine Leberzirrhose führt oft zum Auftreten eines Leberkarzinoms. Ein nicht abheilendes Magengeschwür (Ulcus ventriculi) kann sich zu einem Magenkarzinom entwickeln. Bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (z.B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa) ist die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung von Darmkrebs deutlich höher als bei darmgesunden Personen. Bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 ist das Risiko an einem Pankreaskarzinom zu erkranken stark erhöht (1,73-fach), ebenso aber auch – wenngleich etwas geringer – das Risiko des Auftretens eines Darmkrebses (1,29-fach) (Stefan, Fritsche & Häring, 2012).

1.4.2 Psychische Faktoren

Psychische Risikofaktoren für das Auftreten einer Krebserkrankung sind nicht bekannt, es sei denn sie wirken mittelbar über die Beeinflussung der Lebensgewohnheiten und des sozialen Status der Kranken ein (geringes Einkommen, Arbeitslosigkeit, finanzielle Schwierigkeiten). Letztgenannte Faktoren können daher sowohl Ursache als auch Folge der Erkrankung sein (Schwarz & Singer, 2008).

1.5 Komorbiditäten bei Krebserkrankungen

Komorbiditäten bedeuten das gleichzeitige Vorhandensein verschiedener Erkrankungen. Dabei ist es möglich, dass eine Krankheit die andere bedingt oder dass die Komorbidität von Krankheiten auf gemeinsame Ursachen zurückzuführen ist.

1.5.1 Somatische Komorbiditäten

Anhand einer Untersuchung bei Mammakarzinompatienten konnten Satariano und Ragland (1994) zeigen, dass bei ihnen verschiedene somatische Komorbiditäten auftreten: 28,3 % der Patienten hatten eine Herzerkrankung und 5,5 % sogar eine weitere Krebserkrankung (Zweittumor). Untersuchungen bezüglich der Komorbidität von gastrointestinalen Tumorpatienten stehen noch aus (Harter, Baumeister & Bengel, 2007).

Eine niederländische Studie von Heins et al. (2015) untersuchte die Häufigkeit der Arztkontakte von Krebspatienten pro Jahr. Dabei gingen die Autoren von der Annahme aus, dass die Patienten häufiger den Arzt aufsuchen, wenn sie zusätzlich zu ihrem Karzinomleiden eine chronische Erkrankung (COPD, Diabetes, KHK) haben. Diese Annahme konnte bestätigt werden, wobei auffiel, dass die krebserkrankten Diabetiker besonders häufig Arztkontakte hatten. Den Grund dafür sehen die Autoren aber nicht in der Krebserkrankung an sich, sondern mit der zusätzlich erworbenen, chronisch verlaufenden Erkrankung in Verbindung stehend (Starostzik, 2015).

In der Untersuchung von Götz, Köhler und Mehnert (2017) wurden 200 Krebspatienten mit 252 Personen aus der Allgemeinbevölkerung mit einem Durchschnittsalter von 76 bzw. 77 Jahren verglichen. Es konnte gezeigt werden, dass ältere Krebspatienten depressiver sind und mehr körperliche Symptome beschreiben als die gleichaltrige Kontrollgruppe. Über die gesamte Stichprobe betrachtet fanden die Autoren eine Korrelation der Begleiterkrankungen mit hohem Alter, weiblichem Geschlecht und hoher Depressivität.

1.5.2 Psychische Komorbidität

Bei der Beurteilung der psychischen Komorbidität werden in den meisten Studien die ICD-10 Diagnosen Angststörungen (Code F41.) und Depression (Code F32.) berücksichtigt. Die Punktprävalenz² einer Angststörung beträgt bei Tumorpatienten 13,5 gegenüber 9,0 in der Allgemeinbevölkerung. Bei der Depression ist die

² Punktprävalenz bedeutet das Auftreten eines Ereignisses zu einem bestimmten Zeitpunkt.

Punktprävalenz der Krebskranken mit 10,3 gegenüber dem Wert in der Allgemeinbevölkerung mit 6,3 deutlich erhöht (Jacobi, Klose & Wittchen, 2004; Mehnert, 2008; Leitlinienprogramm Onkologie, 2014a).

1.6 Risikofaktoren für psychische Auffälligkeiten bei Krebspatienten

Wird die Krebserkrankung als ursächlich primäres Ereignis angesehen, so entwickeln sich unter Berücksichtigung weiterer Faktoren wie Alter, Geschlecht, Funktionsstatus, Metastasen sehr oft psychische Störungen, die für den Krankheitsverlauf relevant sind.

Einen sehr guten allgemeinen Überblick über den aktuellen Forschungsstand gibt die „S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“ aus dem Jahr 2014 (im Folgenden als „S3-Leitlinie der Psychoonkologie“ bezeichnet). Sie basiert auf Metaanalysen von ausgewählten Studien zu verschiedenen psychoonkologischen Fragestellungen aus Recherchen in den einschlägigen Datenbanken (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014a). Eine Arbeitsgruppe befasste sich mit der Frage nach psychischen Komorbiditäten und psychosoziale Unterstützungsbedürfnissen bei Tumorpatienten. Ihre Recherche umfasste den Zeitraum 1995 bis 2010 und identifizierte 97 relevante Studien.

Es konnte in 21 von 39 Studien gezeigt werden, dass jüngere Karzinompatienten³ eher psychische Störungen entwickeln als ältere. Vier Studien widersprechen dieser Auffassung und fanden, dass ältere Tumorpatienten öfter psychisch auffällig sind, als jüngere Krebspatienten. In 14 Studien fand sich kein Zusammenhang zwischen dem Alter der Karzinompatienten und dem Auftreten psychischer Erkrankungen.

³ Jüngere Krebskranke: In der S3-Leitlinie der Psychoonkologie wird diesbezüglich keine genaue Angabe gemacht. Schaut man sich die Studienübersicht an, so liegt das durchschnittliche Alter der Patienten in den verwendeten Studien bei 52 bis 54 Jahren.

Die Untersuchungen von Geschlechtsunterschieden ergaben in 16 von 29 Arbeiten keinen Zusammenhang zwischen der Tumorerkrankung und dem Auftreten psychischer Störungen. In neun Untersuchungen fanden sich bei Frauen häufiger als bei Männern psychische Auffälligkeiten. Nur in vier Studien waren Männer stärker als Frauen durch eine psychische Störung belastet, wenn sie eine Tumorerkrankung hatten.

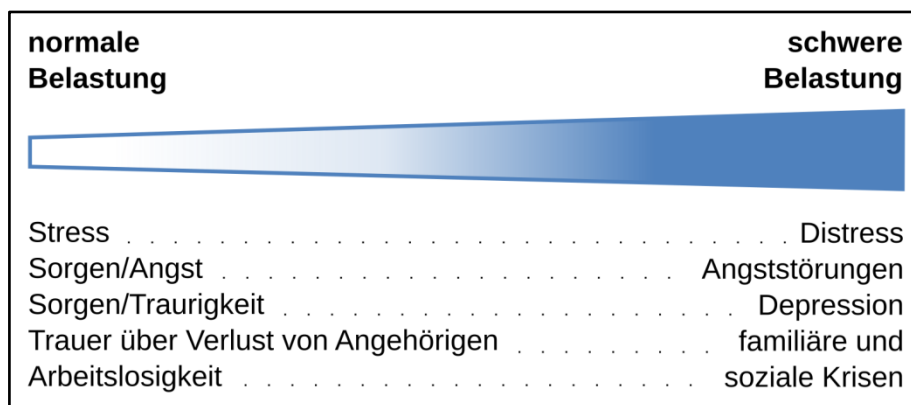
Die Form der medizinischen Behandlung hatte in 14 von 97 Untersuchungen Einfluss auf das Auftreten einer psychischen Störung. In drei Studien entwickelten Tumorpatienten während der Chemotherapie verstärkt psychische Symptome. In zwei Studien wurden psychische Symptome vermehrt im stationären Setting diagnostiziert. Eine weitere Studie zeigte ein vermehrtes Auftreten psychischer Symptome in der Diagnostikphase der Tumorpatienten. Keine Zusammenhänge wurden in sechs Studien gefunden.

Somit kann festgestellt werden, dass die Studienlage bei Tumorpatienten bezüglich der Risikofaktoren für eine psychische Erkrankung keine eindeutigen Befunde ergeben hat.

2 Krankheitsverarbeitung bei Karzinompatienten

2.1 Psychoonkologisches Belastungsspektrum

Psychische Störungen können sich aufgrund körperlicher, psychischer und sozialer Beanspruchungen entwickeln. Wir gehen davon aus, dass ein Kontinuum zwischen normalen Beanspruchungen und den Organismus überfordernden Belastungen existiert, die mit psychischen Symptomen einhergehen, die die Kriterien des ICD-10 und DSM-IV erfüllen. Dazwischen liegen subsyndromale Belastungen z.B. reaktives Angsterleben, dysphorische Verstimmungen. Diese psychischen Symptome sind nachvollziehbar, sind aber nicht einem speziellen psychiatrischen Krankheitsbild zuordenbar (Abbildung 1).



Angelehnt an Holland, 2005. IPOS Online Core Curriculum.

Abbildung 1 Psychosoziales Belastungsspektrum

In Bezug auf Angst und Depression beschreiben Schwarz und Singer (2008) sowie Weis und Boehncke (2011) nachvollziehbare, normale Reaktionen mit Symptomen, wie Niedergeschlagenheit, Interessenlosigkeit, Minderwertigkeitsgefühle, Hoffnungslosigkeit, Selbstvorwürfe, Unsicherheit, Unruhe, Reizbarkeit, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit. Diese Symptome sind von kurzer Dauer und klingen nach sieben bis 14 Tagen ohne Behandlung ab, da sie durch vorhandene Ressourcen gegebenenfalls angepasst bewältigt werden können. Verstärken sich diese Symptome jedoch und halten sie über längere Zeit an, so sind sie psychiatrisch unter den Diagnosen einer Angststörung oder einer Depression zu erfassen (nach ICD-10, DSM-IV) und erfordern eine intensivere Behandlung. Auch rein körperliche Symptome

ohne Hinweis auf eine organisch bedingte Schädigung gehören in diese Kategorie (z.B. larvierte Depression).

Neben einer nachvollziehbaren „Realangst“ können bei Krebspatienten auch „irreale Ängste“ auftreten z.B. eine Progredienzangst⁴. In diesem Fall verselbstständigt sich die psychische Symptomatik als „Angst vor der Angst“ und löst somit einen Circulus vitiosus aus. Bei bestehender „Realangst“ ist eine angemessene Information der Patienten über das Krankheitsbild und die Behandlung hilfreich und vermeidet die Chronifizierung der Symptomatik und damit oft auch das Entstehen „irrealer Ängste“ (Herschbach, Duran-Atzinger, Engst-Hastreiter, Waadt & Berg, 2006; Leitlinienprogramm Onkologie, 2014a).

2.1.1 Subsyndromale Belastungen

Die subsyndromalen Belastungen werden in den S3-Leitlinien der Psychoonkologie als „Unterschwellige Belastungen“ bezeichnet, die nicht voll den Kriterien des ICD-10 oder DSM-IV entsprechen (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014a).

Merkmale sind:

- allgemeine psychische Belastung (Distress)
- krankheitsbedingt ausgelöste Angst
- krankheitsbedingt ausgelöste Depressivität (niedergeschlagene Grundstimmung)

Studien haben gezeigt, dass die allgemeine psychische Belastung unter Einbeziehung von subsyndromalen Störungen der Krebspatienten um 59 % liegt, die Angst um 48 % und die Depressivität um 58 % (Goerling, Odebrecht, Schiller & Schlag, 2006; Küchler, Bestmann, Rappat, Henne-Bruns & Wood-Dauphinee, 2007; Singer

⁴ Progredienzangst: „Unter Progredienzangst verstehen wir eine reaktive, verhaltenstheoretisch, ‚unkonditionale‘ Angst, die aus der realen Erfahrung einer schweren, potenziell lebensbedrohlichen oder zu Behinderungen führenden Erkrankung und ihrer Behandlung entsteht. Das heißt, Progredienzangst ist eine reaktive Realangst, die auf eine existenzielle Bedrohung hinweist und deren Funktion darin besteht, Kraft und Motivation zur Selbstfürsorge bereitzustellen.“ (Herschbach, 2013 S.26)

et al., 2009; Berend & Kuchler, 2010; Senf, Brandt, Dignass, Kleinschmidt & Kaiser, 2010).

2.1.2 Psychische Belastungen im Krankheitsverlauf

Der Krankheitsverlauf eines Tumorleidens bringt unterschiedliche psychoonkologische Belastungen mit sich. Im Folgenden werden die unterschiedlichen Krankheitsphasen und phasenspezifische Belastungen aufgezeigt (Angenendt, Schutze-Kreilkamp, Tschuschke & Beuth, 2007; Schwarz & Singer, 2008; Schulz-Kindermann, 2013; Weis & Brahler, 2013; Leitlinienprogramm Onkologie, 2014a).

Früherkennung – Tumorverdacht

Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen vor der subjektiv empfundenen Manifestation der Erkrankung können bei ängstlichen Patienten Sicherheit bieten, wenn das Ergebnis für sie gut ausfällt. Andererseits können diese Maßnahmen bei scheinbar Gesunden Angst auslösen, wenn ein pathologischer Befund erhoben wird, der weitere Diagnostik und Therapie nach sich zieht. Körperliche und psychische Symptome, wie Gewichtsabnahme, Abgeschlagenheit werden in der Regel bemerkt. Ihnen begegnet der Patient entweder mit Unsicherheit und Angst oder er versucht, sie zu bagatellisieren bzw. zu verdrängen. Aktiv kann er aber auch auf eine schnelle Abklärung seiner Beschwerden dringen.

Diagnosephase

Die Übermittlung der Diagnose einer Krebserkrankung bedeutet für die meisten Menschen ein Schockerlebnis, vor allen dann, wenn damit die Hoffnung auf Gutartigkeit des Tumors zerschlagen wird. Andererseits wird dadurch die zunächst bestehende Unsicherheit abgebaut, so dass der Patient sich nun Gedanken über die möglichen Behandlungsoptionen machen kann. Bei einem Drittel der betroffenen Patienten kommt es in dieser Phase zum erfassbaren Auftreten psychischer Belastungssymptome nach ICD-10 oder DSM-IV, bei einem weiteren Drittel ist eine subsyndromale Belastungsstörung anzunehmen.

Therapiephase – kurative Situation

In der Therapiephase fühlen sich die Patienten verunsichert (Hoffnung auf einen Behandlungserfolg vs. Furcht vor einem Therapieversagen). Die psychoonkologische Maßnahmen können zum Abbau der Angst und Depression beitragen. Nebenwirkungen der Behandlung (Operation, Chemotherapie, Strahlentherapie) können Schmerzen, Übelkeit und Müdigkeit auslösen und die eigentlichen Krankheitssymptome überlagern. Sie verstärken die ggf. bereits bestehende Angst und Depression dieser Patienten.

Phase des Fortschreitens der Erkrankung, Auftreten von Metastasen und Rezidiv, Finalstadium

In dieser Phase nehmen Angst- und Depressionssymptome der Patienten zu. Wut und Verzweiflung greifen um sich. Der Patient sucht nach Kausalattributionen („Warum gerade ich?“, „Was habe ich falsch gemacht?“). Selbstvorwürfe und Anklammern an letzte Hoffnungsschimmer werden artikuliert. Die Suizidrate ist erhöht.

Resignation und Verdrängung der Krankheitssymptome stehen bei den meisten Patienten in der finalen Situation im Vordergrund. Sie ziehen sich vom gesellschaftlichen Leben zurück und suchen Trost in spirituellen Gedanken und Handlungen. Diese können zu einer Zustimmung zum Sterbeprozess der Kranken führen.

In der Finalphase ist der Patient oft nicht mehr kontaktfähig. Ein zuvor abgefasstes Patiententestament bringt den Wunsch des Patienten zum Ausdruck, auf lebensverlängernde Maßnahmen und ggf. im Fall des Ablebens auf eine Reanimation zu verzichten. Seelsorgerlicher Beistand wird in dieser Phase oft gewünscht. Das Finalstadium wird von den Angehörigen als vorweggenommene Trauer erlebt und der Tod des Patienten als Erlösung vom unheilbaren Krankheitsgeschehen akzeptiert.

2.2 Psychoonkologische Belastungsdiagnostik

In Bezug auf die psychoonkologische Betreuung der Patienten wird zwischen einem subjektiven Bedarf (Wunsch des Patienten) und einer objektiven Bedarfsdiagnostik (fachspezifisches Therapeutenurteil) unterschieden. Fragebögen vermitteln zwischen subjektiven Aussagen und objektiven Symptomen, indem sie Items zu ihrer Erfassung standardisiert vorgeben.

Zwischen der Selbsteinschätzung der Patienten über den Betreuungsbedarf und der Fremdeinschätzung durch Interviews und Fragebögen seitens des medizinischen Fachpersonals gibt es Unterschiede. Die Einschätzung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs kann fehlerhaft sein, wenn sie von nicht speziell ausgebildeten Ärzten und Pflegekräften beim Patienten vorgenommen wird (Schwarz, Rucki & Singer, 2006; Weis & Brahler, 2013).

Herschbach (2006) hat die folgenden Kriterien zusammengestellt, die für eine psychosoziale Behandlung sprechen:

- Merkmale der Tumorerkrankung und deren Behandlung
- diagnostisch erfasste psychische Komorbiditäten, vor allem Angst und Depression
- Einschätzung der Onkologen
- starke psychosoziale Belastungen mit Einschränkungen der Lebensqualität

Die Erfassung von psychischen Belastungen bei Krebspatienten kann durch Screeningverfahren erfolgen (Herschbach & Weis, 2008). Diese stehen in Form von Selbst- und Fremdeinschätzungsfragebögen zur Verfügung.

Selbsteinschätzung:

- HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale von Herrmann, Buss und Snaith (1995)),
- FBK (Fragebogen zur Belastung von Krebspatienten von Herschbach, Marten-Mittag und Henrich (2003))

Fremdeinschätzung:

- PO-Bado (Psychoonkologische Basisdokumentation von Herschbach, Book, Brandl, Keller und Marten-Mittag (2008))

Sie sollte aber durch strukturierte Interviews (SKID) und klinische Beurteilungen (diagnostische Gespräche) bekräftigt werden. Die Screeningverfahren differenzieren nicht zwischen psychischen Störungen mit einer ICD-10-Diagnose und subsyndromalen Symptomen. Die Verfahren werden anhand von festgelegten empirisch untermauerten Cut-off-Werten ausgewertet. Anhand dieser Cut-off-Kriterien wird der psychoonkologische Betreuungsbedarf diagnostiziert (Herschbach & Weis, 2008).

Das Testergebnis liefert keine 100 %-ige Sicherheit, sondern ermittelt eine hohe Wahrscheinlichkeit dafür, ob ein relevanter betreuungsbedürftiger Belastungsgrad vorliegt oder nicht. Demzufolge gibt es falsch positive Urteile (in Wirklichkeit unzutreffende hohe Beanspruchung) und falsch negative Ergebnisse (unterschätzte Belastungen).

Die Screeningverfahren sind so konstruiert, dass sie eine möglichst hohe Sensitivität⁵ haben, d.h. nach Möglichkeit alle Patienten erfassen, die belastet sind - auch unter Inkaufnahme von falsch positiven Feststellungen. Zugleich soll ein Screeningverfahren aber eine hohe Spezifität⁶ besitzen und die Beurteilung der negativen Ergebnisse auch richtig vornehmen, d.h. die Zahl der falsch negativen Aussagen möglichst gering halten. Je höher die Sensitivität eines Tests, umso geringer ist seine Spezifität und umgekehrt. Die damit verbundenen Probleme werden in Kapitel 6.2.1 vertieft.

Die Entstehung und Regulation von Emotionen in Bezug auf das Krankheitserleben sind bei der Betrachtung der Fragebogenergebnisse ausschlaggebend. Darauf soll im Folgenden näher eingegangen werden.

⁵ Sensitivität ist: „die Wahrscheinlichkeit, dass der Kranke ein positives Testergebnis aufweist.“ (Sachs, 2004, S. 84)

⁶ Spezifität ist: „die Wahrscheinlichkeit, dass ein Nicht-Kranker ein negatives Testergebnis aufweist.“ (Sachs, 2004, S. 84)

2.3 Modelle der Krankheitsverarbeitung

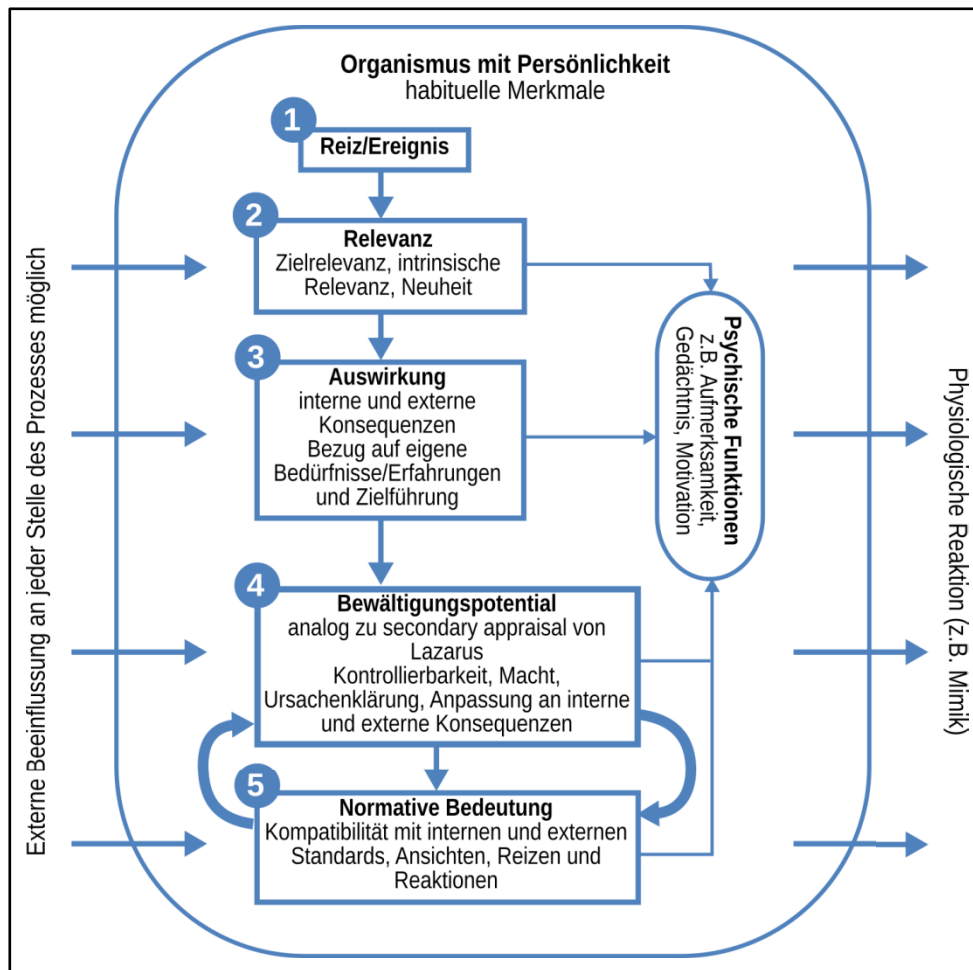
Es gibt verschiedene theoretische Erklärungsmodelle für die Krankheitsverarbeitung. Das bekannteste Modell ist das Krankheitsverarbeitungsmodell von Hasenbring (1988). Dieses Modell bezieht sich direkt auf somatische Krebserkrankungen. Aus diesem Modell geht aber nicht detailliert hervor, wie Emotionen reguliert werden. Dafür sollen das Modell der Emotionsbewertung von Scherer (2009) und das Emotionsregulationsmodell von Gross (1998) vorgestellt werden. Diese beiden theoretischen Modelle wurden nicht direkt für somatische Erkrankungen entwickelt. Es soll versucht werden, diese auf Krebserkrankte zu beziehen.

2.3.1 Emotionsentstehung

Emotionen entstehen infolge von somatischen, psychischen oder sozialen Belastungen. Aus dem subjektiven Gefühl, im Krankheitsfall meist negativ in Form von Angst oder Depression, folgen darauf bezogene Verhaltensantworten und psychophysiologische Reaktionsmuster.

Nicht die belastende Situation bzw. die Stressoren an sich sind dafür ausschlaggebend. Emotionen kommen erst durch die subjektive Bewertung der Stressoren zustande.

Das Modell der Emotionsentstehung von Lazarus und Folkman (1984) wurde durch Scherer (2009) modifiziert. Er differenziert den Bewertungsprozess von Reizen folgendermaßen (Abbildung 2):



Angelehnt an Scherer (Schmidt-Atzert, 2014, S. 142)

Abbildung 2 Grafische Darstellung des Emotionsentstehungsmodell

Ausgehend von diesem Modell lassen sich für die Chemotherapiephase einer gastrointestinalen Tumorerkrankung die folgenden Bewertungskomponenten spezifizieren:

1. *Reiz* bzw. *Ereignis* für das Zustandekommen der negativen Emotionen, z.B. intravenöse Chemotherapie
2. *Relevanz* positiv: durch die Therapie erhoffte Heilung oder zumindest Symptomverbesserung
negativ: Furcht vor Therapienebenwirkungen
3. *Auswirkung* positiv: durch die Therapie zustande gekommene Verbesserung der Beschwerden
negativ: eingetretene Verschlechterung des Krankheitsbilds, spürbare Therapienebenwirkungen (z.B. Fatigue, Übelkeit, Haarausfall)

4. *Bewältigungspotenzial* vorhanden: eigene Aktivitäten als Therapiebeitrag für eine positive Krankheitsbewältigung (Reflexion über Krankheitsursachen, Lebensstilveränderung, bewusstere Einstellung zu Lebensinhalten) nicht vorhanden bzw. erschöpft: fatalistische Einstellung zum Krankheitsgeschehen (keine Ressourcen, keine Entscheidungsfreiheit in Bezug auf Therapiebeeinflussung, Verleugnung des fortschreitenden Krankheitsgeschehens, Therapieabbruch)
5. *Normative Bedeutung*: Versuch der Anpassung des Verhaltens im Krankheitsprozess an die Erwartungen der Angehörigen, der Therapeuten und der Mitpatienten, Inanspruchnahme von Hilfsangeboten

Auf jeden einzelnen Prozess kann eingewirkt werden, um die psychischen Reaktionen wie Angst und Depression zu beeinflussen.

Jede dieser fünf Stufen der Bewertung steht in Zusammenhang mit anderen psychischen Funktionen (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Motivation). Das Ausdrucksverhalten der emotional beeinflussten Person kann während des Bewertungsprozesses erfasst werden. Die Emotion selbst wird dabei durch das Zusammenspiel zwischen Bewertung des Ereignisses, den psychophysiologischen Reaktionen und dem Verhalten der Person erlebt. Gefühle sind bei der Konfrontation mit dem Ereignis nicht als festgeformte Endergebnisse des Bewertungsprozesses zu verstehen, sondern können sich im Verlauf der Bewertung differenziert ändern.

Scherer räumt ein, dass die beschriebenen Bewertungsprozesse in Bezug auf Neuheit und Valenz auch automatisch ablaufen können und wertet die Emotion als eine evolutionäre Errungenschaft gegenüber automatisierten Reflexen (Schmidt-Atzert, 2014).

2.3.2 Emotionsregulation

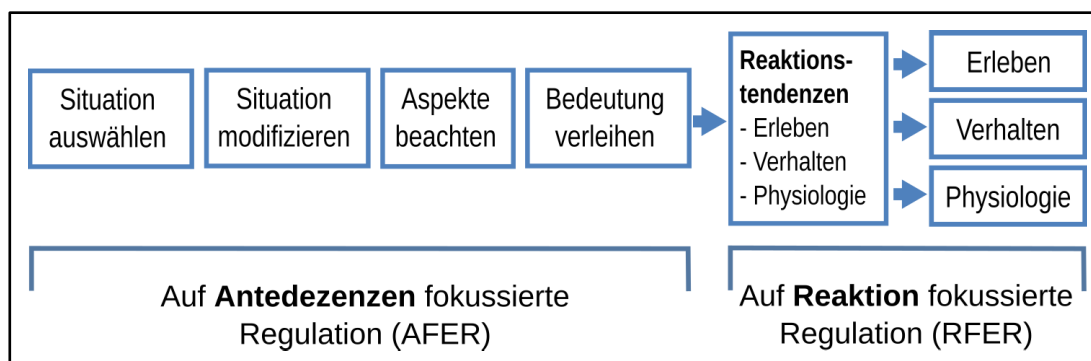
Die subjektive Krankheitsverarbeitung durch die Patienten wird von ihren Emotionen und ihrer Motivation bestimmt.

Bislang wurde vorwiegend auf die Emotionsentstehung Bezug genommen. Im Emotionsverlauf sind aber Regulationsmechanismen anzunehmen, die eine Aktivi-

tät der betroffenen Person erfordern und die in Emotionsregulationsstrategien einmünden können.

„Unter Emotionsregulation versteht Gross die Prozesse, mit denen Individuen beeinflussen, welche Emotionen sie wann haben und wie sie diese erleben und ausdrücken. Diese Prozesse können automatisch oder kontrolliert, bewusst oder unbewusst ablaufen. Emotionsregulation kann im zeitlichen Verlauf der Emotionsentstehung an verschiedenen Stellen eingreifen und sich auf das Gefühl, auf das Verhalten und die psychophysiologischen Reaktionen der Person beziehen. Innerhalb des Emotionsregulationsprozesses können sich die Qualität, die Intensität, die Latenz und die Dauer der Emotionen verändern“ (Schmidt-Atzert, 2014, S. 166).

Gross (1998) hat dazu richtungsweisende Überlegungen in einem Modell dargestellt (Abbildung 3):



Schmidt-Atzert (2014, S. 166)

Abbildung 3 Modell der Emotionsregulation von Gross

Bereits der Emotion vorausgehend hat die Person in vier Schritten die Möglichkeit, den Ablauf der Emotion zu beeinflussen. Antedezenzen fokussierte Regulation (AFER) lässt sich wie folgt auf die Krebsbehandlung beziehen:

1. Die Situation ist für den Krebspatienten durch die Diagnose und die Therapieoption weitgehend festgelegt. Es besteht daher für ihn keine Möglichkeit einer Auswahl (*Situationsauswahl*).
2. Der Krebspatient kann die Situation modifizieren, indem er Therapieverfahren (Operation, Bestrahlung, Therapie), Therapeut und Ort der Behandlung

(Ambulanz/Krankenhaus) möglicherweise mitbestimmen kann (*Situation modifizieren*).

3. Durch sedierende Verfahren und/oder Entspannungstherapie kann der Tumorpatient seine Aufmerksamkeit gegenüber den belastenden Ereignissen vermindern oder durch positive Imagination von ihnen abrücken. Der Patient kann seine Aufmerksamkeit auch auf verschiedene Aspekte fokussieren (*Aspekte beachten*).
4. Der Patient kann dem emotionalen Geschehen eine positive Sinnfindung geben, z.B. indem er Therapiemaßnahmen als Durchgangsstadium zum antizipierten Heilungsprozess bewertet, den er sich wünscht, bzw. indem der Krankheitsprozess ihn dazu veranlasst, seine Lebenssituation zu überdenken und für ihn positiv erlebbare Veränderungen seines Lebensstils vorzunehmen – kognitive Neubewertung (*Bedeutung verleihen*).

Die antezedent fokussierende Emotionsregulation (AFER) beruht darauf, dass Regulationstendenzen bereits eingesetzt werden, bevor Gefühle, Reaktionen und Verhalten ausgelöst werden und nach außen hin sichtbar auftreten (Webb, Schweiger Gallo, Miles, Gollwitzer & Sheeran, 2013).

Die direkte Beeinflussung bereits ausgebildeter Reaktionstendenzen einer Emotion sieht das Modell als einen Vorgang der darauf bezogenen fokussierten Regulation (RFER) an.

Besonders erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang die *Modulation der emotionalen Reaktion* durch Unterdrückung, Ablenkung, Verstärkung und Neuwertung. Dadurch kommt es zu einer Veränderung des Emotionsausdrucks (Mimik, Stimme, Körperhaltung, physische Reaktion). Eine *Modulation der emotionalen Reaktionstendenz* erfolgt durch Entspannungstechniken, Beruhigungs-, Schmerz- oder gar Suchtmitteln. Krebspatienten versuchen ihre negativen Emotionen zu unterdrücken, indem sie sich möglichst wenig mit ihren krankheitsbedingten Missempfindungen auseinandersetzen. Infolgedessen lehnen sie vermutlich eine psychoonkologische Betreuung ab, da diese sie mit eben jenen Symptomen konfrontieren würde.

Gross präzisierte dieses Modell später zum Erweiterten Prozessmodell der Emotionsregulation (EPM), in dem von multiplen Bewertungssystemen ausgegangen wird, welche untereinander in ihrer Valenzbeurteilung nicht übereinzustimmen brauchen. Er unterscheidet im EPM drei Stufen des Emotionsregulationszyklus (Gross, 2015):

1. die *Identifizierung* (gemeint ist damit, ob die betreffende Emotion zu regulieren ist)

falls zutreffend

2. die *Auswahl* der Emotionsregulationsstrategien
3. die *Umsetzung* der Emotionsregulation in Bezug auf die konkrete Situation

Bei der Auswahl von Emotionsregulationsstrategien kommt es darauf an, wie erfolgreich diese sind. Führt ein Emotionsregulationskonzept zum Erfolg, wird es beibehalten, bis das Ziel erreicht ist, sonst wird zu einer anderen Strategie übergegangen, die optimaler zu sein scheint, oder der Emotionsregulationsprozess wird ganz gestoppt.

2.3.3 Krankheitsverarbeitungsmodell von Hasenbring (1988)

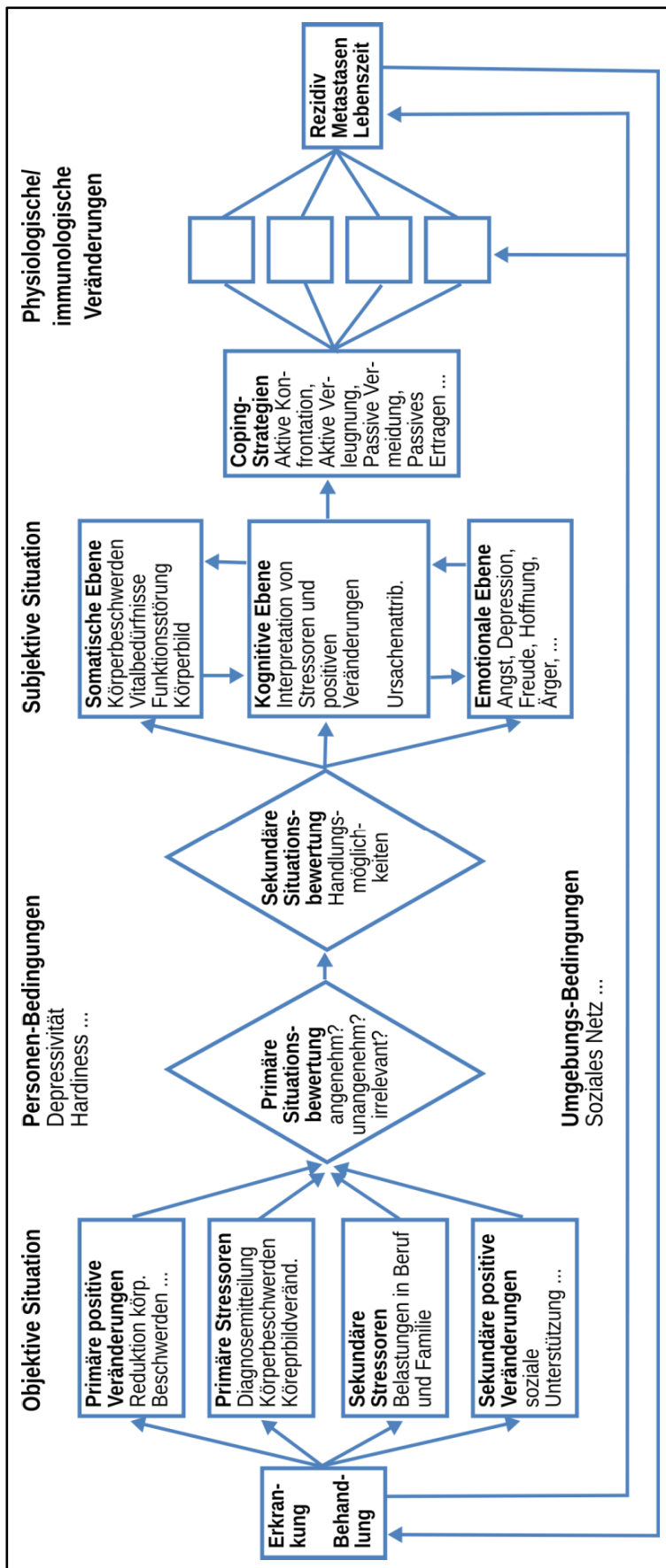
Neben den beschriebenen theoretischen Modellen der Emotionsentstehung und -regulation bezieht sich Hasenbring (1988) direkt auf die Krankheitsverarbeitung. Das kognitive-behavioristische Krankheitsverarbeitungsmodell von Hasenbring (Abbildung 4) baut auf dem Transaktionalen Stressmodell von Lazarus und Launier (1981) auf. Hasenbring geht dabei von der objektiv und subjektiv empfundenen Situation aus, in der sich der Kranke befindet. Dabei werden Veränderungen durch die Krankheit und durch ihren Verlauf als negativ oder positiv bewertet.

- *objektiv primär negativ*: Belastende Maßnahmen in Diagnostik und Therapie der Erkrankung
- *objektiv primär positiv*: Ausschluss krankhafter Befunde, Therapieerfolge im Krankheitsverlauf
- *objektiv sekundär negativ*: Belastungen in Familie und Beruf, die die Krankheit mit sich bringt (Ausgrenzung aus dem bisherigen sozialen Umfeld)
- *objektiv sekundär positiv*: Angebotene diagnostische und Therapiemaßnahmen zur Behandlung der Erkrankung und soziale Unterstützung seitens der Familie und der Gesellschaft

Diese objektiven Gegebenheiten werden im Krankheitsprozess vom Patienten primär und sekundär in Bezug auf seine subjektive Situation bewertet. Die subjektive Situation ist bestimmt durch die somatischen Veränderungen, die die Erkrankung verursacht und durch die Emotionen, die aus den durch krankheitsbedingten Belastungen resultieren. Daraus werden Copingstrategien abgeleitet, die ihrerseits Einfluss auf das Krankheitsempfinden und auf den Krankheitsverlauf nehmen (Hasenbring, 1988).

Copingstrategien sind bewusste Verhaltensweisen, um Stress bzw. negative Emotionen (Angst, dysphorische Stimmung) zu bewältigen. Copingstile sind keine stabilen Persönlichkeitsfacetten, sondern ihr Einsatz hängt von der Situation ab, die bei den auslösenden Ereignissen vorliegt (Muthny, 1989).

Hasenbring differenziert zwischen aktiven Bewältigungsmöglichkeiten (Informationssuche, Problemanalyse, Sinngebung, Aktivität) und passiven Strategien (Noncompliance, Grübeln, Schuldzuweisung, Rückzug) (Hasenbring, 1988).



Hasenbring (1988, S. 107)

Abbildung 4 Kognitiv-behaviorales Modell der Krankheitsverarbeitung

Zusammenfassung

Im Transaktionalen Stressmodell von Lazarus und Folkmann (1984) wird die Neubewertung (reappraisal) als Copingstrategie verstanden, die zu einer positiven Stressverarbeitung beiträgt. Gross weist darauf hin, dass im Rahmen der Emotionsregulation negativ belastender Ereignisse eine Neubewertung derselben zu Anfang erfolgt, dass aber daneben die Copingstrategie der Unterdrückung (verhaltensmäßig, psychophysiologisch) anschließend noch zur Verfügung steht. Diese Copingstrategien bedürfen einer aktiven Anstrengung des Patienten, was auch Hasenbring bei der aktiven Bewältigung des Krankheitsprozesses zum Ausdruck bringt (Informationssuche, Problemanalyse, aktives problemorientiertes Vorgehen, Sinngebung der Ereignisse). Dem wird ein passives Copingverhalten gegenüber gestellt, das sich durch negative Bewertung von Ereignissen maladaptiv verselbständigt und die emotionale Belastung nicht abbaut (passives Sichfügen in die Stressfolgen, depressive Verarbeitung, Grübeln, Selbstschuldzuweisung, sozialer Rückzug).

2.4 Psychoonkologische Intervention

2.4.1 Vorgaben für die psychoonkologische Intervention

Der Patient entwickelt seine Krankheitsvorstellungen nach Aufklärung aus einem Informationspool von allgemein anerkannten wissenschaftlichen (schulmedizinischen), erfahrungsspezifischen und gegebenenfalls kulturabhängigen Kenntnissen zum Krankheitsbild. Aus diesem Pool schöpfen Therapeuten ihr Wissen über das betreffende Krankheitsbild. Der Pool vergrößert sich zeitbezogen mit dem wissenschaftlichen Fortschritt. Therapeut und Patient tauschen ihr Wissen kommunikativ aus. Dabei ist die Art der Kommunikation in der Regel nicht gleichberechtigt partnerschaftlich, da Therapeuten über ein größeres objektives Wissen in Bezug auf die Krankheit verfügen und die Persönlichkeit des Patienten sowie sein Umfeld möglicherweise anders einschätzen als der Kranke selbst. Patienten nehmen überwiegend die Dinge aus dem Informationspool wahr, die ihnen von den Therapeuten übermittelt worden sind.

Wiederum besitzt der Patient eine subjektiv individuelle Kenntnis seiner Beschwerden, auf die der Therapeut einzugehen hat. Ein enges Patienten-Therapeuten-Verhältnis ist daher Voraussetzung für eine psychoonkologische Krankheitsverarbeitung und deren Behandlungserfolg.

Das Informationsbedürfnis des Patienten kann mit Aufklärung durch den Therapeuten befriedigt sein, oder es resultiert eine Unzufriedenheit aufgrund mangelnder oder unverständlich übermittelter Information. Beeinflusst wird diese Informationsübertragung durch die Begleitkrankheiten des Patienten, durch seine Persönlichkeitsstruktur und seine Vorerfahrungen (Risikofaktoren, Komorbiditäten, Erinnerungen an früheres Krankheitsgeschehen bei sich selbst sowie bei Angehörigen und Bekannten) (Singer et al., 2007; Leitlinienprogramm Onkologie, 2014a).

Im Hintergrund hat die Gestaltung des jeweiligen Gesundheitssystems Einfluss auf das Krankheitsempfinden des Patienten (Gesundheitspolitik, soziale Absicherung, ambulante/stationäre Behandlung, Rehabilitation). Soziale Faktoren (Familie, Beruf, Bekanntenkreis) spielen ebenfalls eine entscheidende Rolle bei der Wahrnehmung und Verarbeitung des Krankheitsgeschehens (gegebenenfalls Fremdmotivation zur Diagnostik und Therapie der Erkrankung durch Angehörige).

Der in Abbildung 5 dargestellte Informationspool gibt richtungsbedingte Einflussfaktoren auf das Krankheitsempfinden und seine Verarbeitung an.

Es ist wichtig, dass der Patient für ihn verständliche Informationen zum Krankheitsgeschehen erhält, die er möglicherweise auch eigenständig emotional verarbeiten kann. Sollten durch diese Informationsvermittlung sehr starke emotionale Reaktionen ausgelöst werden, so ist eine psychoonkologische Intervention erforderlich, bei der es infolge der Kommunikation über die belastenden Ereignisse zu einer angepassten Verarbeitung des Krankheitsgeschehens kommen kann.

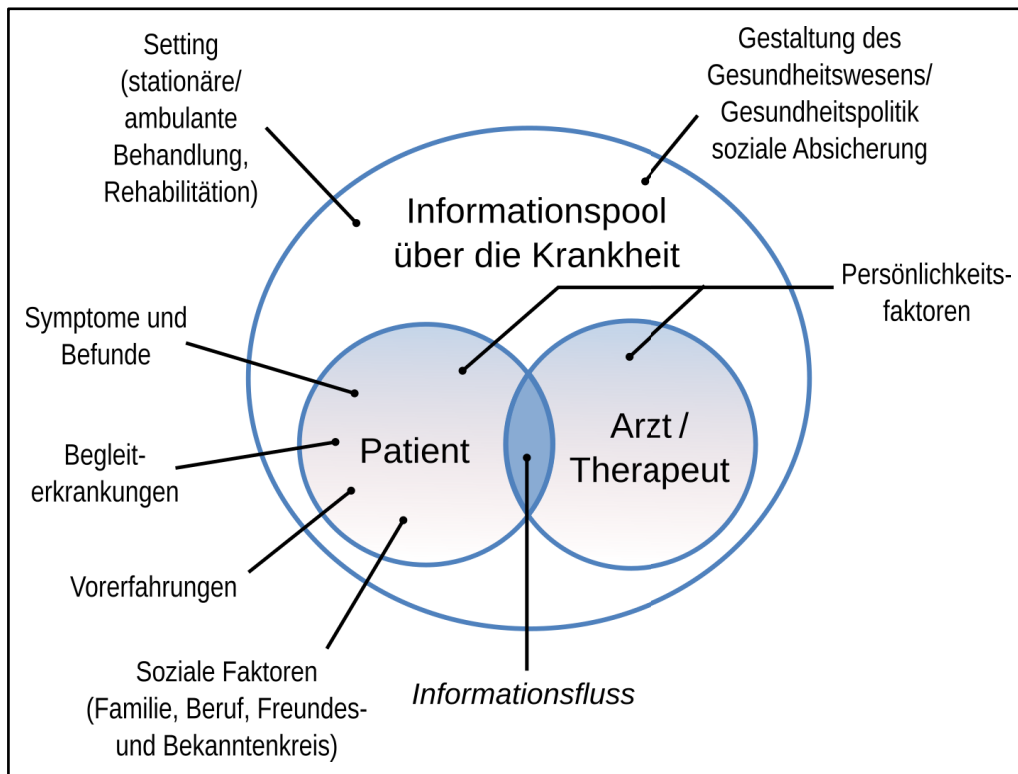


Abbildung 5 Informationspool über die Krankheit mit richtungsweisenden Einflussfaktoren auf das Krankheitsempfinden und seine Verarbeitung

2.4.2 Formen und Studienlage der psychoonkologischen Interventionen

Auf der Grundlage dieser theoretischen Überlegungen wurde recherchiert, welche Möglichkeiten es zur Beeinflussung von psychischen Belastungen, Depression und Angst bei Krebspatienten gibt und wie die Studienlage diesbezüglich aussieht.

Die psychoonkologische Intervention ist eine Therapieform für Krebspatienten, bei der verschiedene Methoden der Psychologie und Sozialtherapie von speziell qualifizierten Psychoonkologen eingesetzt werden, um die psychische Belastung der Patienten zu verringern und ihre Lebensqualität zu erhöhen.

Diese Interventionen teilen sich je nach Methode ein in:

- psychosoziale Beratung
- Entspannungstherapieverfahren
- psychodynamisch supportiv-expressive Therapien
- kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren
- Psychoedukation⁷
- u.a.

Ein Wirkfaktor der psychoonkologischen Intervention ist, dass die Krankheit nicht mehr tabuisiert wird, dass sich die Patienten dem Krankheitsgeschehen nicht mehr so hilflos ausgeliefert fühlen und die damit verbundene Identitätskrise bewältigen können. Formal können diese Methoden entweder im Einzelsetting oder als Gruppentherapie je nach Gegebenheiten sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden. Die psychoonkologischen Therapien setzen voraus, dass bei den betroffenen Patienten Bedarf für eine solche Intervention besteht, wobei der Zeitpunkt der Inanspruchnahme derartiger Verfahren (in der Diagnosephase, während der klinischen Therapie, in der Rehabilitation oder in der Terminalphase der Erkrankung) unterschiedlich gewählt wird (Lang, Faller & Schilling, 1989; Schwarz & Singer, 2008; Faller & Lang, 2010; Faller et al., 2013).

Der Frage der Effektivität der verschiedenen Interventionsformen geht die S3-Leitlinie der Psychoonkologie nach. Dafür wurden von einer Arbeitsgruppe 172 Studien in einer Metaanalyse unterzogen und nach kurzfristigen Effekten⁸ (nur kurzzeitig nach der Intervention), mittelfristigen Effekten (bis zu sechs Monate nachweisbar) und langfristigen Effekten⁹ (über sechs Monate anhaltend) differen-

⁷ „Unter psychoedukativen Interventionen/Patientenschulungen werden gemäß dem Modell von Fawzy u. Fawzy (1994) standardisierte, multimodale, interaktive Interventionen verstanden, die ein breites Spektrum von Themen beinhalten: Krankheitsinformation, Gesundheitsverhalten, Stressmanagement, Krankheitsbewältigung, psychoonkologische Unterstützung.“ (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014a, S. 61)

⁸ Kurzanhaltende Effekte: Betreuungsbedarf sinkt zwischen Anfang und Ende der Intervention, keine Veränderung des Betreuungsbedarf zwischen Anfang und katamnestischen Urteil. Der Betreuungsbedarf steigt zwischen Ende der Behandlung und der katamnestischen Beurteilung wieder an.

⁹ Langanhaltende Effekte: Der Betreuungsbedarf sinkt vom Anfang zum Ende der Intervention, der Betreuungsbedarf ist katamnestisch niedriger als zu Beginn der Intervention, zwischen dem Ende der Behandlung und der katamnestischen Beurteilung besteht kein Unterschied.

ziert (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014a). Die beschriebenen Effektstärken¹⁰ in dieser Metaanalyse resultieren jedoch immer aus einem Vergleich der Interventionsgruppen mit einer Kontrollgruppe (Querschnittuntersuchung), nicht aus der Beurteilung von Unterschieden verschiedener Interventionsformen im Längsschnittvergleich.

Im Folgenden wird die Datenlage zu Entspannungsverfahren, psychoonkologischen Einzelinterventionen und strukturierten psychoedukativen Interventionen beschrieben.

Entspannungsverfahren

Entspannungsverfahren versuchen, die Aufmerksamkeit eines Patienten unspezifisch auf seine psychophysiologische Regulation der Körperfunktionen zu lenken und emotionsbetonte Verarbeitung sympathikotoner Reize durch eine Reduktion des Muskeltonus zu vermindern.

Für die S3-Leitlinie der Psychoonkologie wurden 46 Studien mit Einsatz von Entspannungsverfahren (progressive Muskelrelaxation, Imagination, Hypnose, Yoga, Autogenes Training, Desensibilisierung und Biofeedback) aufgenommen. Eine Verminderung der psychischen Belastung wurde dabei in 11 Studien in Form eines kurzfristigen Effekts gefunden ($d=0,29$). Mittel- und langfristig konnte die Reduktion der psychischen Belastung jedoch nicht aufrecht erhalten werden. Die Angst der Krebspatienten konnte in 22 Entspannungsstudien kurzfristig effektiv reduziert werden ($d=0,53$), mittelfristig in sieben Studien ($d=1,12$) und die Depression kurzfristig in 14 Studien ($d=0,37$). Durch die Entspannungstherapie wurde die Lebensqualität in acht Studien kurzfristig verbessert ($d=0,35$), der auch in fünf Studien mittelfristig anhielt ($d=0,78$). Anhand dieser Metaanalyse wird der Entspannungstherapie bei der psychoonkologischen Intervention zur Verbesserung der Lebensqualität, der Verminderung der Angst und der Übelkeit besonders im Rahmen der

¹⁰ Die Ergebnisse der Untersuchungen wurden in Effektstärken (Cohen's d) beurteilt mit $d=0,2$ (kleiner Effekt), $d=0,5$ (mittelgroßer Effekt), $d=0,8$ (großer Effekt).

onkologischen Behandlung (Chemotherapie) der Evidenzgrad 1A¹¹ zugeordnet (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014a).

Progressive Muskelrelaxation

In einer Studie von Cheung, Molassiotis und Chang (2003) an 59 Patienten konnte langfristig über 6 Monate eine Angstreduktion durch die Anwendung von PMR gezeigt werden. Der Einfluss zeigte sich besonders bei den Patienten, die PMR zusätzlich zuhause geübt hatten. Bei diesen Patienten trat gleichzeitig eine Verbesserung der Lebensqualität ein. Patienten, die an der PMR nicht teilnahmen, hatten eine verminderte Angstreduktion und keine Verbesserung der krankheitsspezifischen Lebensqualität.

In einer weiteren PMR-Studie von Decker, Cline-Elsen und Gallagher (1992) fanden die Autoren bei 82 ambulanten Patienten im Quer- und Längsschnittvergleich eine Reduktion der psychischen Belastung und der Angst. Eine Verminderung der Depressionswerte, die mittels der HADS erfasst wurden, ergab sich durch die Anwendung der PMR nur im Querschnittvergleich.

Für die Anwendung der PMR als Interventionsmethode zur Verminderung der psychoonkologischen Belastung von Tumorkranken liegt keine evidenzbasierte Empfehlung vor.

Psychotherapeutische Einzelinterventionen

Für die S3-Leitlinie der Psychoonkologie wurden 55 Studien zu psychotherapeutischen Einzelinterventionen bei Krebspatienten mit unterschiedlicher Tumorlokalisation untersucht. Dabei handelt es sich um Querschnittsvergleiche einer einzelnen Interventionsmethode im Vergleich zu einer Kontrollgruppe. In 46 Veröffentlichungen wurde der Einsatz einer Verhaltenstherapie mit Training von Copingstra-

¹¹ Der Evidenzgrad ist abgeleitet von der evidenzbasierten Medizin und beschreibt die inhaltliche und formale Qualität wissenschaftlicher Studien. Uhl, Wente und Büchler (2000) beschreiben, dass mehrere randomisierte kontrollierte Studien das Urteil Level Ia/Ib, dass überzeugende Ergebnisse aus nicht randomisierten Studien den Level IIa, IIb sowie III erhalten und Studien ohne substantielle Ergebnisse oder Expertengremien den Level IV bekommen sollten.

tegien und -fertigkeiten angewendet. Das Zielkriterium „Reduktion der psychischen Belastung“ konnte dabei in 18 Studien kurzfristig ($d=0,47$) und 17 Studien mittelfristig ($d=0,18$) signifikant erreicht werden. Langfristige Effekte einer Beeinflussung der psychischen Belastung fanden sich jedoch nicht.

Die Angstverminderung hielt in 11 Studien mittelfristig an, wenn auch abgeschwächt ($d=0,33$). Durch die Psychotherapie konnte die Angst in 15 Studien bei den Patienten kurzfristig reduziert werden ($d=0,49$). Ähnlich verhielt es sich mit der Depression der Patienten. Die Depressionswerte verminderten sich kurzfristig in 22 Studien durch die Psychotherapie ($d=0,35$) und mittelfristig in 14 Studien ($d=0,13$). Die Lebensqualität der Krebspatienten verbesserte sich unmittelbar nach der Einzelpsychotherapie in 23 Studien ($d=0,47$), mittelfristig in 16 Studien ($d=0,38$) und langfristig in neun Studien ($d=0,37$). Ein Evidenzgrad für die Verwendung als psychoonkologische Intervention wurde aufgrund der Studienergebnisse in der S3-Leitlinie der Psychoonkologie mit dem Prädikat 1A vergeben (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014a).

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention

Eine Form der psychotherapeutischen Verfahren ist die kognitive Verhaltenstherapie. Kognitive Prozesse spielen bei der Ausbildung psychischer Störungen eine entscheidende Rolle und können verhaltenstherapeutisch angegangen werden. Durch eine psychoonkologische Gesprächsführung soll eine Umstrukturierung der Wahrnehmung, des Denkens und der Gefühle erreicht werden mit dem Ziel ihre Angst und ihre Depression zu vermindern (Reinecker, Lakatos & Kaimer, 2005).

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen bei Krebspatienten verminderten ihre Depression. Jedoch waren die Ergebnisse nicht langanhaltend (Antoni, Lehman & Kilbourn, 2001; Kissane et al., 2003; Antoni, Wimberly & Lechner, 2006).

Angststörungen bei Krebspatienten können verhaltenstherapeutisch mit einem Manual von Herschbach et al. (2006) behandelt werden. Dabei wird insbesondere die Progredienzangst bei schweren, chronisch verlaufenden Erkrankungen ins Auge gefasst. Im Mittelpunkt steht die Konfrontation der Patienten mit ihren Progredienzängsten in Form des „zu-Ende-Denkens“. Therapieziel ist nicht die Angstfreiheit, sondern die Veränderung ihrer emotionalen Bewertung und damit

verbunden eine Handlungsmotivation zur Verminderung der bestehenden psychischen Belastung hinsichtlich bevorstehender Krankheitsereignisse, denen der Patient „gelassener“ gegenübertritt. In einer kontrollierten Studie von Berg et al. konnte die anhaltende Effizienz verhaltenstherapeutischer Therapieformen bei Angststörungen auch im Vergleich mit einer themenzentrierten Therapie vor und nach einer RehaMaßnahmen und in der Katamnese, nachgewiesen werden (Berg, Book, Dinkel, Marten-Mittag & Herschbach, 2011).

Für die kognitive Verhaltenstherapie als Interventionsmethode bei psychisch belasteten Tumorkranken liegt keine evidenzbasierte Empfehlung vor.

Strukturierte psychoedukative Intervention

Bei der strukturierten psychoedukativen Intervention krebserkrankter Patienten geht es vor allem um die Vermittlung von Wissen und Kompetenzen in Bezug auf ihr Gesundheitsverhalten (Ernährung, Sport, Entspannung). Diese Methode ist direkter als eine reine Gesprächsform und erfordert mehr aktive Mitarbeit.

Für die S3-Leitlinie der Psychoonkologie wurde 19 Studien in Bezug auf die Psychoedukation untersucht. Davon ergaben 12 einen kleinen kurzfristig wirksamen signifikanten Effekt in Form einer Reduktion der psychischen Belastung ($d=0,18$), der in 11 Studien mittelfristig ($d=0,30$) und in sieben Studien langfristig ($d=0,11$) anhielt. Mit der Psychoedukation konnte die Angst in sieben Studien mittelfristig ($d=0,24$) vermindert werden. In neun Studien kam es zu einer mittelfristigen Reduktion der Depressionswerte der Patienten durch die Psychoedukation ($d=0,14$ bzw. $d=0,23$). Die Lebensqualität wurde durch die Psychoedukation in acht Studien kurzfristig ($d=0,20$), mittelfristig ($d=0,13$) und langfristig ($d=0,18$) beeinflusst (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014a).

Psychoedukative Interventionen haben sich im metaanalytischen Vergleich gegenüber der supportiv-expressiven und der kognitiv-behavioralen Therapie am wirksamsten erwiesen (Zimmermann, Heinrichs & Baucom, 2007).

Der Evidenzgrad der psychoedukativen Interventionen bei Krebspatienten in Bezug auf die Verbesserung der Lebensqualität beträgt 1A (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014b).

Überlebenszeit

Widersprüchlich sind die Aussagen über eine Verlängerung der Überlebenszeit der Patienten bei psychoonkologischen Interventionen. Bekannt ist die Studie von Spiegel, Bloom, Kraemer und Gottheil (1989) an Patienten mit metastasierendem Brustkrebs, in der eine Behandlungsgruppe mit einer wöchentlichen supportiven expressiven Intervention einer Kontrollgruppe gegenüber gestellt wurde. Die Behandlungsgruppe zeigte danach ein besseres psychisches Befinden auf. Im Nachhinein stellte sich heraus, dass auch die Überlebenszeit der Therapiegruppe gegenüber der Kontrollgruppe verlängert war.

Dieses Ergebnis konnte in nachfolgenden Studien nicht repliziert werden (Edelman, Lemon, Bell & Kidman, 1999; Goodwin et al., 2001; Kissane et al., 2007; Spiegel et al., 2007). Die Spiegel Studie wies erhebliche Mängel auf. So zeigte sich, dass die Frauen der Kontrollgruppe früher gestorben waren als im statistischen Durchschnitt zu erwarten gewesen wäre. Vermutlich kommt verlängertes Überleben bei Brustkrebspatienten im Zusammenhang mit einer psychoonkologischen Intervention hauptsächlich dadurch zustande, dass in der Behandlungsgruppe selektiv mehr Patienten mit günstiger Prognose aufgenommen wurden. Als weitere Faktoren kommen auch eine Verminderung der Depressivität der Patienten, eine bessere Compliance oder eine vermehrte körperliche Aktivität (und damit ein besseres Gesundheitsverhalten) in Betracht.

In einer Arbeit zur psychoonkologischen Intervention bei Patienten mit gastrointestinalen Tumoren in einer chirurgischen Akutklinik berichtet Berend (2005) über einen multimodalen Ansatz für Darmkrebspatienten, direkt vor oder nach der Operation. Die psychoonkologische Behandlungsbedürftigkeit dieser Patienten wurde mit Hornheimer Kurzfragebogen (HFK-B) zur psychosozialen Belastung gemessen.

Die Kommunikation mit den Patienten setzte trotz aller organisatorischen Schwierigkeiten im Akutkrankenhaus schon früh ein, z.B. in der Diagnosephase oder wäh-

rend ihrer stationären Aufnahme. Die Interventionsform war psychotherapeutisch methodenübergreifend: gesprächspsychotherapeutische Grundhaltung, verhaltenspsychologisches Vorgehen, Thematisierung tiefenpsychologischer Aspekte in Bezug auf Erwartung und Beziehungsgestaltung, Entspannungsverfahren, supportiv psychoedukative Hinweise in Hinblick auf subjektive Krankheitstheorien und resilenzförderndes Copingverhalten. Sie wurde individuell an den Patienten angepasst.

Präoperativ gaben 34,6 % der Frauen und 65,2 % der Männer der Patientengruppe im Fragebogen an, dass sie überschwellig psychosozial belastet seien. Durch die frühzeitige Inanspruchnahme der psychoonkologischen Intervention ist es in dieser Studie gelungen, die psychosoziale Belastung der Patienten mit gastrointestinalen Tumoren zu senken und ihre Lebensqualität zu verbessern. Nach 10 Jahren wurden diese Patienten nachuntersucht, und es stellte sich heraus, dass in der Interventionsgruppe zwischenzeitlich deutlich weniger Patienten verstorben waren, als in der Kontrollgruppe, die keine psychotherapeutische Behandlung erhielt: Überlebensdauer 25 vs. 11,8 Monate (Median) bzw. 50,1 vs. 30,8 Monate (Mittelwert) (Küchler et al., 2007).

2.4.3 Zusammenfassung

Im Literaturüberblick zeigt sich, dass die in der Psychoonkologie eingesetzten Interventionsmethoden keine übereinstimmenden Effekte ergeben haben. Unter den Entspannungstherapieverfahren erscheint die PMR instruktionsgemäß am leichtesten einsetzbar. Bei der Gesprächstherapie steht neben der Informationsvermittlung (Psychoedukation) das Erlernen von Copingfähigkeiten (aktives problemorientiertes Lösungsverhalten, Neubewertung) im Vordergrund.

Langfristig erworbene Effekte können katamnestisch nur beurteilt werden, wenn ein genügend großer Abstand zwischen dem Ende der Intervention und der Nachuntersuchung vorliegt.

3 Ablauf und Besonderheiten der psychoonkologischen Studie

3.1 Schlussfolgerungen aus der Literaturrecherche

Aus dem Literaturüberblick ergeben sich folgende Schlussfolgerungen für die weitere psychoonkologische Untersuchung.

Es gibt mehrere Screeningverfahren zur Ermittlung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs. Sie erfassen unterschiedliche Aspekte der somatischen, psychischen und sozialen Belastungen und weisen auf unterschiedliche Verarbeitungsmechanismen (kognitiv, emotional, verhaltensbezogen) hin.

Eine theoretische Begründung für das empirische Vorgehen bei der Festlegung einer psychoonkologischen Betreuungsform wird nicht gegeben. Emotionsentstehungs- und Regulationsmodelle gehen nicht spezifisch auf eine Krankheitsverarbeitung ein (Ausnahme Hasenbring beim Krebsgeschehen). Der direkte Patientenwunsch nach Teilnahme an einer psychoonkologischen Intervention bleibt oft unberücksichtigt.

Die Abhängigkeit der psychoonkologischen Betreuung von der Tumorart (hier gastrointestinal) und der Tumorlokalisation (hier oberer und unterer Gastrointestinaltrakt) und der Prognose (Überlebenszeit) wird bei vielen Krebspatienten nicht berücksichtigt.

Unterschiedliche Interventionsmethoden bei der psychoonkologischen Behandlung werden in der Literatur nicht miteinander verglichen, insbesondere nicht in Form von Längsschnittuntersuchungen.

Es ist davon auszugehen, dass sich die psychischen Belastungen der Tumorpatienten in Abhängigkeit von Diagnostik- und Therapiestadium relativ schnell verändern, so dass Verlaufsbeobachtungen des Betreuungsbedarfs erforderlich sind.

3.2 Feststellung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs

Im Folgenden soll auf die Beurteilung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs detailliert eingegangen werden.

Ein psychoonkologischer Betreuungsbedarf besteht, wenn aufgrund somatischer, psychischer und sozialer Belastungen Beeinträchtigungen der psychischen Befindlichkeit bei den Tumorpatienten auftreten. Die psychischen Störungen können in Form von Angstsymptomen, Depressionen und Anpassungsstörungen ICD-10 manifest als psychische Komorbidität vorliegen, bei ca. 30 % der Patienten, oder subsyndromal bei weiteren 30 %, wenn sie die Kriterien des ICD-10 bzw. DSM-IV nicht voll erfüllen. Der psychoonkologische Betreuungsbedarf definiert sich anhand dieser Kriterien patientenseitig und expertenseitig aus der Notwendigkeit der Inanspruchnahme professioneller psychosozialer Hilfe.

Die psychoonkologischen Screeningmethoden sollen teilnehmerfreundlich, valide und reliabel sein. Sie sollen diskriminant valide Betreuungsbedarf von Reaktionen auf normale (geringfügige) Belastungen abgrenzen. Der psychoonkologische Betreuungsbedarf hängt von der klinischen Situation der Tumorpatienten und von ihrer Vulnerabilität bzw. Resilienz ab. Er ist in der Diagnostikphase, während der Behandlung, beim Auftreten eines Rezidivs oder Zweittumors, in der Rehabilitation und in der palliativen Phase besonders ausgeprägt.

Patientenseitig wird ein diagnostizierter psychoonkologischer Betreuungsbedarf in der Akutphase der Tumorerkrankung oft von den Kranken abgelehnt, um eine starke Konfrontation mit der Krankheit zu vermeiden (Verleugnungstendenz) und um eine Stigmatisierung als psychisch krank nicht zuzulassen. Mit dem Auftreten einer Progredienzangst steigt das Verlangen nach psychoonkologischer Betreuung der Patienten besonders während der Rehabilitation und in der ambulanten Nachsorge, da oft erst dann mögliche psychoonkologische Probleme manifest werden und dem Patienten und seinen Angehörigen dafür keine richtigen Ansprechpartner zur Verfügung stehen (Heckl, Singer, Wickert & Weis, 2011).

Die Ausprägung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs bei gastrointestinalen Tumorpatienten wird in verschiedenen Quellen angegeben und liegt meistens

bei 50-60 %. Die Eichstichprobe der PO-Bado bei Patienten mit Tumoren im Gastrointestinaltrakt ($N=1081$) ergab einen Betreuungsbedarf bei 66,0 % (vgl. Anhang, Tabelle 112).

In der Literaturübersicht wurde schon die Arbeit von Berend (2005) vorgestellt, die den Betreuungsbedarf für eine psychoonkologische Intervention anhand des Hornheimer Kurzfragebogens (HFK) bei gastrointestinalen Tumorpatienten vor einem operativen Eingriff im Krankenhaus ermittelt hat. Danach ergab sich, dass 57,6 % dieser Patienten psychoonkologisch betreuungsbedürftig erscheinen.

In einer Arbeit von Goerling (2011) wurde der psychoonkologische Betreuungsbedarf bei stationären Tumorpatienten in einem Comprehensive Cancer Center in Berlin mithilfe der PO-Bado ermittelt. Nur die Hälfte der Patienten hatte eine gastrointestinale Tumorerkrankung. Der Bedarf an psychoonkologischer Unterstützung bestand bei 41,4 % dieser Patienten; speziell jedoch bei Patienten mit Tumoren des oberen Gastrointestinaltrakts bei 48,7 % und bei Patienten mit Kolon- und Rektumkarzinomen bei 40,8 %.

Die Ergebnisse zum psychoonkologischen Betreuungsbedarf bei gastrointestinalen Tumorpatienten wurden unter verschiedenen Untersuchungsbedingungen und mit unterschiedlichen Methoden erfasst. Daher ist in einer ersten Untersuchung mit diesen Tumorpatienten die Ermittlung des Bedarfs für eine psychoonkologische Unterstützung unmittelbar nach ihrer Aufnahme im Akutkrankenhaus und vor dem Zeitpunkt der ambulanten chemotherapeutischen Behandlung notwendig. Dabei werden demographische Daten, wie Geschlecht, Alter, Tumorlokalisation, Metastasierung, Behandlungsziel, Funktionszustand, wesentliche Begleiterkrankungen, Vorerfahrungen (in Psychotherapie und mit Psychopharmaka) und der soziale Status (Beruf/Berentung, Vorhandensein von Angehörigen, Partnerschaft/Kinder) erhoben und auf den Betreuungsbedarf bezogen. In der Literatur gibt es dazu verschiedene Aussagen (vgl. Seite 25 f.).

In der ersten Voruntersuchung soll die Fragestellung bearbeitet werden:

Wie hoch ist der psychoonkologische Betreuungsbedarf bei Patienten mit gastrointestinalen Tumoren nach ihrer Akutaufnahme im Krankenhaus?

3.3 Beurteilung der Teilnahmebereitschaft an einer psychoonkologischen Intervention

Ist der psychoonkologische Betreuungsbedarf bei den Tumorpatienten ermittelt, und soll eine psychoonkologische Intervention erfolgen, so hängt diese von der Teilnahmebereitschaft der Betroffenen ab. Die Teilnahme an der Intervention ist ein Angebot an die Patienten, das angenommen oder ausgeschlagen werden kann. Der Frage nach Gründen für eine Zustimmung oder Ablehnung sind verschiedene Untersuchungen nachgegangen.

In einer Studie an Brustkrebspatienten von Hübner (2012) an der Universitätsfrauenklinik Heidelberg sollte der Effekt einer Misteltherapie untersucht werden. Von 1922 Frauen, die mit einer Brustkrebsdiagnose im Verlauf von 28 Monaten dort operiert wurden, konnten nur 29 (1,5 %) davon in die beabsichtigte randomisierte Studie eingeschlossen werden. Ablehnungsgrund für die Nichteinbeziehung in die Studie war neben Nichterfüllen der Einschlusskriterien (Ablehnung der Chemotherapie, fehlende histologische Befunde, organisatorische Gründe, Teilnahme an anderen Studien) eine grundsätzliche Ablehnung einer Studienteilnahme durch die Patientinnen. Bei den Ablehnungsgründen wurden objektive und subjektive Kriterien zusammengefasst. Obwohl komplementärmedizinischen Maßnahmen, wie die Misteltherapie, gerade bei Krebspatienten allgemein akzeptiert werden, konnten nur vergleichsweise wenige Teilnehmer für diese Studie rekrutiert werden.

Im Brustzentrum der Universitätsklinik Tübingen wurden 2008 nach Auswertung der Befunde in den postoperativen Tumorkonferenzen 176 Patientinnen zur Teilnahme an einer Therapiestudie angesprochen, von denen lediglich 66 rekrutiert werden konnten (37,5 %). Die Gründe für einen so großen Drop-Out aus der Studie werden in der Unzufriedenheit der Patientinnen mit ihrer gegenwärtigen Behandlungssituation und in der mangelnden Aufklärung über das Studiendesign gesehen (Fugunt, Harasztosi, Fehm & Krauß, 2009).

In einer Untersuchung von Strong et al. (2008) zur psychoonkologischen Intervention bei Patienten mit einer depressiven Begleiterkrankung konnten von 334 nach den ausgewählten Einschlusskriterien selektierten Patienten nur 200 für die ran-

domisierte Studie gewonnen werden, d.h. 40 % der Befragten lehnten die Teilnahme ab.

Ross et al. (2009) untersuchten 592 dänische postoperative Patienten mit kolorektalen Tumoren. In die psychoonkologische Interventionsstudie mit Kontrollarm konnten nur 265 Patienten (44,8 %) eingeschlossen werden. 179 Patienten (30,2 %) brachen den Kontakt zum Studienzentrum ohne Angabe von Gründen sofort ab, 148 Patienten (25 %) verweigerten die Teilnahme an der Untersuchung.

Eine schwedische Population krebskranker Patienten wurde von Johansson et al. (2008) in Form einer Intervention mit individuellem Support oder Gruppentherapie im Vergleich zur Standardbehandlung untersucht. Von den 687 erreichten Patienten lehnten 202 (29 %) die Teilnahme an der Studie ab. Die Ablehner waren meist ältere Patienten. 142 Patienten brachen die Studie ab (21 %), wobei 70 von ihnen die weitere Teilnahme verweigerten und 72 Patienten zwischenzeitlich verstarben.

Given et al. (2004) führten eine randomisierte Studie an Patienten mit soliden Tumoren, die sich einer Chemotherapie unterziehen mussten, durch, um den Effekt einer kognitiv-behavioralen Intervention auf die Reduzierung der Nebenwirkungen der Chemotherapie zu untersuchen. Für die Teilnahme an der Studie wurden 609 Patienten untersucht, an der aber nur 237 teilnahmen. Von den 372 Nichtteilnehmern waren 155 (25,5 %) an der Studie nicht interessiert.

An einer psychoonkologischen Gruppenintervention bei männlichen Krebspatienten ab 60 Jahren mit Prostatakarzinom und gastrointestinalen Tumoren waren von 473 ausgesuchten Patienten nur 130 (27,5 %) zu einer Befragung über psychoonkologische Angebote bereit. Von diesen entschieden sich 51 Teilnehmer (10,8 %) für eine Gruppentherapie, die die Lebensqualität der Patienten, ihre Angst- und Depressionswerte verbessern sollte. 292 Patienten (61,7 %) lehnten sowohl die Befragung als auch die Gruppentherapie ab. Trotz persönlicher Gespräche mit den betroffenen Karzinompatienten konnte keine höhere Zustimmung der älteren Tumorpatienten erreicht werden. Zudem erbrachte die psychoonkologische Gruppenintervention – obwohl von den Patienten positiv beurteilt – aufgrund des Krankheitsverlaufs im Vergleich mit der Kontrollgruppe, die ein Treatment as usual

(TAU) erhielt, katamnestisch beurteilt, eher eine Verschlechterung der Lebensqualität (erfasst anhand des EORTC QLQ-C30) (Schneider et al., 2016).

In einer Arbeit des Gesundheitsforums Leipzig wurden 78 Patienten zu ihrer Motivation bezüglich einer Studienteilnahme oder -ablehnung befragt. Von den Interviewten gaben 43 an, dass ihr Arzt am besten wisse, ob es sinnvoll sei, an der Studie teilzunehmen. Die ärztliche (Fremd-) Entscheidung über die Studienteilnahme besitzt einen hohen Stellenwert (Vertrauen). 48 Patienten nannten als Grund für die Studienteilnahme uneigennützige Beweggründe, z.B. durch die Studienergebnisse anderen Patienten mit der gleichen Erkrankung helfen zu wollen. Wie erwartet, argumentierten insbesondere Frauen mit höherer Bildung, besserer Compliance und guter sozialer Einbindung in die Familie in dieser Richtung. Zur Teilnahme an einer Studie mit offenem Design sind Patienten eher motiviert als an einer placebokontrollierten Studie. Ablehner einer Studie (Ablehnerquote 25 %) sind eher ältere als jüngere Patienten und eher Raucher als Nichtraucher (Schmidt, 2012).

Mögliche Barrieren, die Patienten von der Teilnahme an einer Studie abhalten und Maßnahmen, um diese zu reduzieren, sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1 Barrieren zur Teilnahme an einer Studie aus der Sicht des Patienten, modifiziert Hirth (Schmidt, 2012, S. 6)

Barrieren für eine Studienteilnahme aus Patientensicht	Maßnahmen für eine Studienteilnahme
<ul style="list-style-type: none"> – Individueller Aufwand – Schweregrad der Erkrankung – Kein Wunsch nach Behandlungsänderung – allgemeine Unzufriedenheit mit der Behandlung – Fehlende familiäre Unterstützung – Sorge über mögliche Nebenwirkungen – Geringes Verständnis der Studieninhalte – Unrealistische Erwartungen – Angst vor Randomisierung – Belastungen durch umfangreiche Voruntersuchungen – Fragebogenvielfalt 	<ul style="list-style-type: none"> – Angebote, um z.B. logistische Probleme zu verringern (z.B. Fahrkostenerstattung) (vgl. Anhang, 8.4.1) – Altruismus als Motivation für Studienteilnahme bestärken – motivierende Gesprächsführung vor Studienbeginn – Kompetente und verständliche Aufklärung über die Studie, insbesondere im persönlichen Gespräch (z.B. Standardtherapie bedeutet nicht Nichttherapie) (vgl. Seite 68) – Beachtung der individuellen Bedürfnisse des Patienten

Eine weitere Hilfe zur Entscheidungsfindung für die Teilnahme an einer Studie bei Krebspatienten bietet das Informationsblatt des Deutschen Krebsforschungszentrums (Krebshilfe, 2013).

Auch in der bereits erwähnten Untersuchung von Berend (2005) wurden bei gastrointestinalen Tumorpatienten die Items zur somatischen, psychischen und sozialen Belastung der Tumorpatienten herausgefiltert, die eine Vorhersage des Patientenwunsches in Bezug auf die psychoonkologische Betreuung ermöglichten. Demzufolge wurde dieser Fragebogen im Ergebnis der Studie modifiziert. Das Besondere der Untersuchung bestand darin, dass Patienten sich entscheiden konnten, ob sie aktuell eine psychoonkologische Unterstützung wünschten (nur bei 4,5 % der Patienten) oder eine solche zum gegenwärtigen Zeitpunkt ablehnten (65,2 % der Patienten). 30,3 % der Patienten ließen die Entscheidung über eine psychoonkologische Unterstützung bei der Befragung aus Unentschlossenheit offen. Wurden dieselben Patienten in dieser Studie jedoch dahingehend befragt, ob sie sich zu einem späteren Zeitpunkt eine psychoonkologische Unterstützung vorstellen könnten, so gaben 48,5 % der Tumorpatienten an, dass dies der Fall sei. 31,8 % der Patienten mit gastrointestinalen Tumoren waren auch gegenüber einer Inanspruchnahme einer psychoonkologischen Unterstützung zu einem späteren Zeitpunkt unentschlossen. Nur 19,7 % der Kranken lehnten eine psychoonkologische Betreu-

ung auch zu einem späteren Zeitpunkt ab.

Die Untersuchung ergab daher große Meinungsunterschiede der Tumorpatienten in Bezug auf die Teilnahme an einer psychoonkologischen Intervention. Viele von ihnen verhalten sich abwartend und nur eine Minderheit lehnt eine psychologische Unterstützung generell ab. Diese Patientengruppe gibt auch nach Auswertung der Fragebogenitems sowohl nach dem Schwellen- und als auch nach dem Summenkriterium des HFK an, dass bei ihnen kein psychoonkologischer Betreuungsbedarf vorliegt. Diejenigen Patienten, die sich bezüglich einer Teilnahme an einer psychologischen Unterstützung zunächst abwartend verhielten, hatten zu diesem Zeitpunkt nach den Kriterien des HFK bereits einen Bedarf, so dass Unentschlossenheit nicht als direkter Abweisungsgrund für eine psychoonkologische Behandlung gewertet werden kann.

Neben der Ablehnerquote gibt es in psychoonkologischen Studien auch die Zahl der Abbrecher infolge von Verschlechterung des Krankheitsbildes oder Tod des Patienten. Oft zwingen Nebenwirkungen der Chemotherapie zum Abbruch einer Behandlung. Es ist schwer, objektive Gründe, wie organisatorische Probleme oder den Krankheits- und Therapieverlauf von subjektiven Beweggründen der Patienten, die sich nicht mehr in der Lage zu fühlen mitzumachen, zu trennen.

Aus dem Literaturüberblick geht hervor, dass für eine psychoonkologische Intervention bei krebserkrankten Patienten die Beurteilung des Betreuungsbedarfs in Form der Bewertung ihrer unter Umständen subsyndromalen Symptomatik erforderlich ist. Nicht alle belasteten Tumorpatienten entscheiden sich jedoch für eine Intervention. Es muss festgestellt werden, ob und in welcher Weise die teilnehmenden Krebserkrankten unter der begleitenden medizinischen Behandlung von einer solchen Intervention profitieren (Verminderung ihrer Angst- und Depressionswerte, Reduktion ihrer somatischen, psychischen und sozialen Belastung, Verbesserung ihrer Lebensqualität).

Daraus resultieren für unsere zweite Voruntersuchung folgende Fragestellungen:

Welche Patienten willigen in eine psychoonkologische Intervention ein? Sind es nur die Betreuungsbedürftigen oder auch Patienten bei denen der Betreuungsbedarf bei ihrer Aufnahme in die Akutklinik noch nicht zum Ausdruck kommt? Was

motiviert die Patienten zu einer Teilnahme an einer psychoonkologischen Intervention? Was hält sie davon ab?

3.4 Fragestellungen zur Wirkung und zum Verlauf einer psychoonkologischen Intervention

Nach Festlegung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs (vgl. Abschnitt 3.2) und der Teilnahmebereitschaft an einer Intervention (vgl. Abschnitt 3.3) sollen in der Hauptuntersuchung für gastrointestinalen Tumorpatienten die Wirkung und der Verlauf psychoonkologischer Interventionen betrachtet werden.

3.4.1 Fragestellungen zur psychoonkologischen Intervention

Aus der Literatur sind folgende Fragestellungen für gastrointestinale Tumorpatienten noch unbeantwortet, die in der Hauptuntersuchung angegangen werden:

1. Was bewirkt die psychoonkologische Intervention (Abnahme des Betreuungsbedarfs, Abnahme ihrer Angst, und/oder ihrer Verzweiflung/Depression, Verringerung ihrer somatischen, psychischen und sozialen Belastungen, Verbesserung ihrer Lebensqualität)?
2. Entwickelt sich der Betreuungsbedarf, die Angst und/oder die Depression erst während der Intervention?
3. Gibt es Unterschiede in den Veränderungen der psychoonkologischen Betreuungskriterien im Therapieverlauf (Vergleich kognitiver mit entspannungsfördernden Therapieverfahren)? Falls sich die gewünschten Interventionseffekte einstellen, halten diese kurzfristig oder langfristig an?
4. Gibt es Zusammenhänge zwischen den durch die Intervention verursachten psychischen Veränderungen und den Copingstrategien bei der Verarbeitung emotional belastender Ereignisse?
5. Können die vermuteten psychoonkologischen Interventionseffekte durch psychophysiologische Parameter (Veränderung der Pulsfrequenz während der Behandlung) objektiviert werden?

In der Literatur gibt es teilweise widersprüchliche Antworten zur Fragestellung 1. (Goerling et al., 2006; Ross et al., 2009; Singer et al., 2009; Berend & Küchler, 2010).

Studien zur Untersuchung der Fragestellungen 2. bis 5. liegen meines Erachtens nicht vor.

Unsere Untersuchung lehnt sich an das allgemeine Schema des Ablaufes einer wissenschaftlichen Studie an (Abbildung 6).

Eine psychoonkologische Untersuchung kann weder blind noch placebokontrolliert durchgeführt werden. Der Ethikrat fordert zumindestens eine psychoonkologische Begleitung in Form einer Aufklärung über die psychoonkologischen Probleme einer Krebserkrankung.

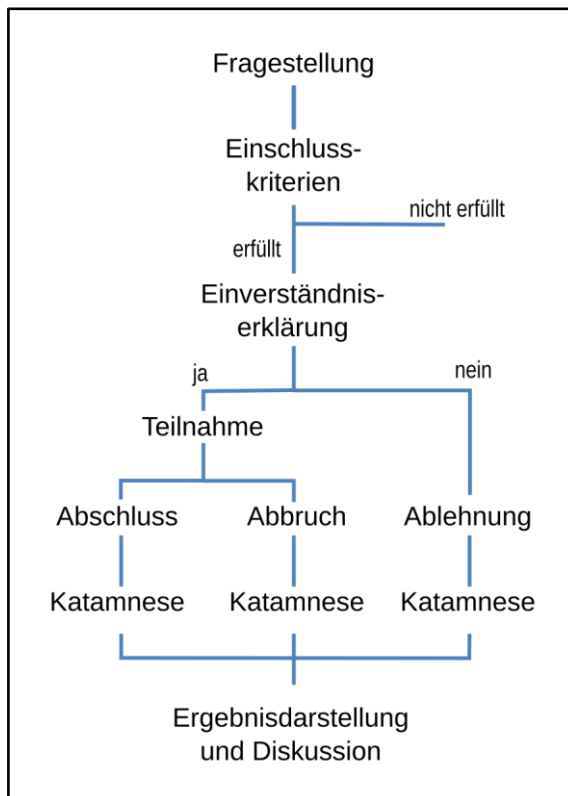


Abbildung 6 Allgemeines Flussschema eines Studienablaufs

3.4.2 Einschlusskriterien

In die Untersuchung zur Beurteilung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs und dessen Verlauf unter der psychoonkologischen Intervention wurden Patienten mit diagnostizierten gastrointestinalen Tumoren eingeschlossen. Von ärztlicher Seite ist der Einschluss in Form der Tumorerkrankung, des Krankheitsstadiums und der Therapieabfolge in der Tumorkonferenz festgelegt. Vor ihrer Teilnahme an der Intervention wurden die Karzinompatienten in Hinblick auf ihre psychoonkologische Belastung diagnostiziert. Sie wurden umfassend über die Studie aufgeklärt – jedoch nicht über das Ergebnis der Feststellung ihres eigenen psychoonkologischen Betreuungsbedarfs – und bekundeten ihre Teilnahmebereitschaft, die jedoch jederzeit widerrufen werden konnte.

Die Einteilung in die drei verschiedenen Interventionsgruppen (Entspannungstherapie – Progressive Muskelrelaxation, Gesprächstherapie – kognitive Verhaltenstherapie und Informationsübermittlung) wurde randomisiert. Ein Wechsel in eine andere Interventionsgruppe konnte während der Behandlung nicht vorgenommen werden. Die Tumorkrankten wurden im Akutkrankenhaus aufgenommen, und bei

ihnen wurde eine Chemotherapie im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt überwiegend ambulant durchgeführt. Die Patienten mussten deutschsprachig kommunikationsfähig sein, ihr IQ sollte über 85 betragen. Zum Zeitpunkt der Durchführung der Chemotherapie lag bei den Patienten eine dafür ausreichende Mobilität vor.

Die Teilnahme an der psychoonkologischen Intervention in der vorgeschlagenen Spezifizierung kann von dem Patienten bewusst gewollt oder bewusst abgelehnt werden. Ein Ablehnungsgrund könnte sein, dass der Patient mit der Randomisierung in die Interventionsgruppen nicht einverstanden ist, da er nach Möglichkeit seine Therapieform selbst bestimmen möchte, oder er versteht den Untersuchungszweck nicht.

In den nächsten Kapiteln werden die einzelnen Studien vorgestellt und versucht die offenen Fragen zu beantworten. Die erste Voruntersuchung beschäftigt sich mit dem psychoonkologischen Betreuungsbedarf von gastrointestinalen Patienten in der Akutklinik. Die zweite Voruntersuchung schließt sich dann mit der Beurteilung des Entscheidungsverhaltens von gastrointestinalen Tumorpatienten gegenüber einer psychoonkologischen Intervention an. In der anschließenden Hauptuntersuchung werden die teilnahmebereiten Patienten mit den oben genannten psychoonkologischen Intervention (Gesprächstherapie, Entspannungstherapie) während ihrer Chemotherapie behandelt und der Verlauf der psychischen Symptome sowie die Effektivität der Therapieformen beurteilt.

4 Beurteilung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs

Im Jahr 2007 wurde in der chirurgischen Klinik eines Akutkrankenhauses (DRK Kliniken Berlin | Köpenick) ein Darmzentrum und 2010 ein Pankreaszentrum aufgebaut, in dem Patienten mit gastrointestinalen Tumoren betreut werden. Daraufhin wurden die ambulante und stationäre Versorgung dieser Patienten miteinander vernetzt und das diagnostische und therapeutische Vorgehen interdisziplinär in Tumorkonferenzen aufeinander abgestimmt. In diesem Zusammenhang wurde schrittweise auch die psychoonkologische Betreuung der Tumorpatienten in der Klinik eingeführt, die zur Zertifizierung des Zentrums erforderlich war. Die Implementierung der psychoonkologischen Versorgung im Krankenhaus folgte den Empfehlungen von einschlägigen Wissenschaftlern wie Mehnert, Petersen und Koch (2003); Berend und Küchler (2010); Jung, Wiedemann, Höhl, Kusch und Singer (2014).

In diesem Kontext musste der Bedarf für eine psychoonkologische Betreuung der Tumorpatienten an Ort und Stelle konkret ermittelt werden. Hypothetisch ist davon auszugehen, dass bereits in der Akutphase der Diagnostik und Therapie individuell ein hoher Bedarf für eine solche psychoonkologische Intervention besteht und dass dieser im Verlauf der Erkrankung in ihren Behandlungsphasen (Operation, Chemotherapie, Strahlentherapie, Nachsorge, Rehabilitation) anhält bzw. sich verändert. Es ist zu vermuten, dass etwa zwei Drittel aller Tumorpatienten einen psychoonkologischen Betreuungsbedarf haben (vgl. Abschnitt 2.1) (Schwarz & Singer, 2008).

Daher ist es zuerst wichtig, die Patienten zu erfassen, die eine psychoonkologische Betreuung benötigen, und sie von den Krebspatienten abzugrenzen, bei denen keine ausgeprägte psychoonkologische Belastung vorliegt.

Nach der Erfassung des Betreuungsbedarfs der Patienten muss festgestellt werden, worauf dieser beruht, um die Interventionsmöglichkeiten differenziert planen zu können. Der psychoonkologische Betreuungsbedarf richtet sich nach den psychischen, somatischen und sozialen Belastungen, die die Patienten empfinden.

Diese Belastungen sind möglicherweise von verschiedenen Faktoren, wie Geschlecht, Alter, sozialer Status, Tumorstadium, Therapiestrategie abhängig.

4.1 Hypothesen

4.1.1 Hypothese 1

Es wird angenommen, dass über die Hälfte der Patienten mit gastrointestinalen Tumoren bereits bei ihrer Aufnahme in einem Akutkrankenhaus einen psychoonkologischen Betreuungsbedarf hat.

4.1.2 Hypothese 2

Bei den Patienten mit gastrointestinalen Tumoren, die mit der PO-Bado beurteilt werden, differenzieren sowohl somatische, psychische als auch soziale Belastungsfaktoren zwischen betreuungsbedürftigen und nichtbetreuungsbedürftigen Tumormpatienten.

4.1.3 Hypothese 3

Der psychoonkologische Betreuungsbedarf der Krebspatienten wird vom Geschlecht, vom Alter, von der Tumorcharakteristik, den Begleiterkrankungen, dem Funktionsstatus, den psychotherapeutischen Vorerfahrungen und von der sozialen Einbindung eines Patienten beeinflusst.

4.2 Methodik

4.2.1 Stichprobenbeschreibung

In der Zeit von September 2007 bis Dezember 2008 wurden in der psychoonkologischen Abteilung des Akutkrankenhauses DRK Kliniken Berlin | Köpenick 146 Patienten mit Tumorerkrankungen aus dem gastrointestinalen Bereich hinsichtlich

ihres psychoonkologischen Betreuungsbedarfs untersucht (Tabelle 2). Im Detail wird die Stichprobe im Anhang Tabelle 37 dargestellt.

Tabelle 2 Stichprobenbeschreibung der ersten Voruntersuchung ($N = 146$)

		<i>n</i>	%			<i>n</i>	%
Geschlecht	männlich	75	51,4%	Behandlung	OP	2	1,4%
	weiblich	71	48,6%		Chemotherapie	27	18,5%
Altersklasse	< 60	28	19,2%		sonstige	1	0,7%
	60-69	40	27,4%		keine	108	74,0%
	≥ 70	78	53,4%		Radiochemo	8	5,5%
Partnerschaft	ja	96	65,8%	weitere Krankheiten	ja	86	58,9%
	nein	50	34,2%		nein	42	28,8%
Kinder	ja	122	83,6%		nicht bekannt	18	12,3%
	nein	22	15,1%	Erfahrung mit Psychotherapie	ja	26	17,8%
	nicht bekannt	2	1,4%		nein	107	73,3%
Beruf	berufstätig	2	1,4%		nicht bekannt	13	8,9%
	krank geschrieben	18	12,3%	Psychopharmaka	ja	36	24,7%
	arbeitslos	5	3,4%		nein	92	63,0%
	Rente	121	82,9%		nicht bekannt	18	12,3%
Diagnosegruppe	obere Gastro	43	29,5%	Funktionsstatus (WHO-ECOG-Skala¹²)	normale Aktivität	83	56,8%
	untere Gastro	86	58,9%		fast uneingeschränkt	37	25,3%
	andere	17	11,6%		weniger als 50% im Bett	16	11,0%
Metastasen	ja	35	24,0%		mehr als 50% im Bett	6	4,1%
	nein	40	27,4%		50% im Bett		
	nicht bekannt	71	48,6%		bettlägerig	4	2,7%
Krankheitsstatus	Ersterkrankung	81	55,5%				
	Rezidiv	26	17,8%				
	Zweittumor	21	14,4%				
	Remission	2	1,4%				
	derzeit nicht zu beurteilen	16	11,0%				

4.2.2 Testbeschreibung

Im Folgenden soll ein Test zur Ermittlung des psychosozialen Betreuungsbedarfs vorgestellt werden. Er wird in der Psychoonkologie der DRK Kliniken Berlin | Köpenick als Standardinstrument verwendet.

In mehreren Untersuchungen wurde die Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado) von Herschbach et al. (2008) (vgl. Anhang 8.4.4) verwendet. Die PO-Bado entstand in Zusammenarbeit mit der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (dapo) und der Psychoonkologischen Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Krebsgesellschaft (PSO). Sie ist das einzige Fremdeinschätzungsfragebogenverfahren bei Krebspatienten für das Screening des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs und wird von der Deutschen Krebsgesellschaft empfohlen. Sie wird sowohl in wissenschaftlichen Studien als auch in der Praxis verwendet (Herschbach & Weis, 2008).

Der gewissenhafte Einsatz der PO-Bado setzt eine Schulung des Interviewers voraus und bezieht sich auf die Beurteilung der subjektiven Belastung des Patienten in den letzten drei Tagen. Der Beurteiler der PO-Bado soll die Belastung des Patienten möglichst objektiv einschätzen, sie aber nicht im Sinne einer Übertragung subjektiv nachempfinden.

Die zu beurteilenden Belastungen der Krebspatienten wurden faktorenanalytisch in somatische, psychische und soziale Komponenten differenziert. Die somatische Belastung wird auf vier Items und die psychische Belastung auf acht Items, jeweils auf einer 5-stufigen Ratingskala (0=nicht belastet bis 4=stark belastet) erfasst. Die soziale Belastung wird mittels drei Items eingeschätzt, die dichotom mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden. Die Bearbeitung der PO-Bado im Interviewstil dauert ungefähr 20- 30 Minuten.

Die Auswertung zur Erfassung des Bedarfs einer psychoonkologischen Unterstützung erfolgt mittels verschiedener Schwellenwerte (Cut-off-Werte), die wie folgt festgelegt sind.

- mindestens 1 Item somatischer/psychischer Belastung mit dem höchsten Wert 4 oder
- mindestens 2 Items somatischer/psychischer Belastung mit der zweithöchsten Einstufung Wert 3 oder
- mindestens 2 positive Items bei sozialer Belastung oder
- mindestens 1 Item bei somatischer/psychischer Belastung mit dem Wert 3 und ein weiteres positives Item bei sozialer Belastung

Die Cut-off-Werte von Herschbach et al. (2001) orientieren sich an der Expertenmeinung und an der Korrelationsanalyse mit der HADS (Spezifität von 79 % und Sensitivität von 71 %). Bei der Beurteilung des psychoonkologischen Betreuungsbedarf gibt es offenbar Überschneidungen zwischen diesen vier Cut-off-Kriterien (vgl. Anhang, Tabelle 112) (Herschbach et al., 2008).

Die innere Konsistenz betrug bei der somatischen Komponente Cronbach's Alpha zwischen 0,79 und 0,85, bei der psychischen Komponente Cronbach's Alpha zwischen 0,75 und 0,90. Der Intra-Class-Korrelationskoeffizient lag überwiegend zwischen 0,84 und 0,88 außer beim Item „Hilflosigkeit“=0,47 (Knight et al., 2008).

Anhand der Ergebnisse des FBK-R23 (Herschbach et al., 2003) und der HADS (Herrmann et al., 1995) an einer Stichprobe von 596 Krebspatienten mit unterschiedlichen Diagnosen, Krankheitsstadien und Behandlungssettings ist die PO-Bado validiert worden. Die Validität mit dem FBK-R23 und mit der HADS betrug zwischen 0,30 und 0,54 (Herschbach & Weis, 2008).

Die diskriminante Validität der PO-Bado wurde durch den Nachweis signifikanter Belastungsunterschiede zwischen verschiedenen Gruppen bestätigt: mit oder ohne Metastasen, mit oder ohne psychopharmakologische Behandlung, Chemo- oder Strahlentherapie. Darüber hinaus fanden sich in der PO-Bado Zusammenhänge

zwischen dem Ausmaß der psychoonkologischen Belastung und dem WHO-ECOG Funktionsstatus¹² der Patienten (Knight et al., 2008).

Die Daten einer Eichstichprobe gastrointestinaler Tumorpatienten für die PO-Bado wurden uns in einer persönlichen Mitteilung von Frau Marten-Mittag zur Verfügung gestellt (vgl. Anhang, Tabelle 112). Eine Kurzform der PO-Bado speziell für gastrointestinale Tumorpatienten gibt es nicht.

4.2.3 Beschreibung der statistischen Methoden

Die statistische Analyse des Untersuchungsmaterials erfolgte mit dem Programmsystem SPSS Version 21 und dem R-Computerprogramm in Zusammenarbeit mit dem Tumorzentrum Berlin und dem Institut Statistik für Medizinprodukte. Die Daten wurden EDV-gerecht aufgearbeitet und verschlüsselt.

Die statistische Auswertung wurde in mehreren teilweise voneinander abhängigen Schritten unternommen.

Initial erfolgte eine explorative Analyse. Dazu wurden folgende Kennzahlen berechnet:

- arithmetischer Mittelwert und Median der Verteilungen
- die Schiefe der Verteilung
- Konfidenzintervalle für die Mittelwerte
- Minimal- und Maximalwerte
- Standardabweichungen der Verteilung

Die graphische Darstellung erfolgte unter Berücksichtigung der absoluten Häufigkeiten sowie der Anzahl der Werte in den einzelnen Gruppen in Form von Balken- und Liniendiagrammen. War die Fallzahl in den zu vergleichenden Gruppen unterschiedlich, wurden relative Häufigkeiten berechnet.

¹² Die WHO-ECOG-Skala (Eastern Cooperative Oncology Group) beschreibt den physischen Zustand von Krebspatienten. Sie dient der Einschätzung der Lebensqualität und des allgemeinen Wohlbefindens des Patienten. Ein anderes Klassifikationssystem für den Funktionszustand des Patienten in Bezug auf seine körperlichen Fähigkeiten ist der Karnofsky-Index.

Im nächsten Schritt wurden rückschließende statistische Testverfahren in Abhängigkeit vom Skalenniveau der Variablen durchgeführt. Bei der Bewertung der Signifikanz der Testergebnisse gingen wir immer von einer Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha \leq 5\%$ ($p=0,05$) für die Ablehnung einer Hypothese aus. Tendenzaussagen mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit zwischen $p=0,05$ und $p=0,10$ wurden beschrieben, jedoch nicht als sicheres Ergebnis der Hypothesenprüfung interpretiert.

Die Signifikanzbewertung erfolgte einseitig, wenn die Abweichung der Merkmale nur in einer Richtung beurteilt werden sollte, oder zweiseitig, wenn allgemeine Unterschiede zwischen den Merkmalsgruppen ermittelt werden sollten.

Lagen nominale oder kategoriale Merkmale vor, verwendeten wir bei genügend großem Stichprobenumfang die χ^2 -Methode ($n > 5$). Die dafür erstellten Kontingenztafeln erlaubten die statistische Signifikanzbestimmung der Unterschiede zwischen den Gruppen. Zur Feststellung der Richtung der Veränderungen wurden die standardisierten Residuen bestimmt. Darunter versteht man die standardisierten Abweichungen der beobachteten Häufigkeiten von den erwarteten. Daraus resultiert bei Festlegung von $p=0,05$, dass eine signifikante Abweichung der Häufigkeiten „nach unten“ voneinander vorliegt, falls der Wert für die standardisierten Residuen $\leq -1,96$ ist. Beträgt der Wert $\geq 1,96$, muss eine signifikante Abweichung „nach oben“ der Häufigkeiten angenommen werden.

Für die Analyse von Vierfeldertafeln von unabhängigen Stichprobengruppen wurde zusätzlich der exakte Test nach Fischer verwendet, da dieser keine Voraussetzungen an den Stichprobenumfang stellt.

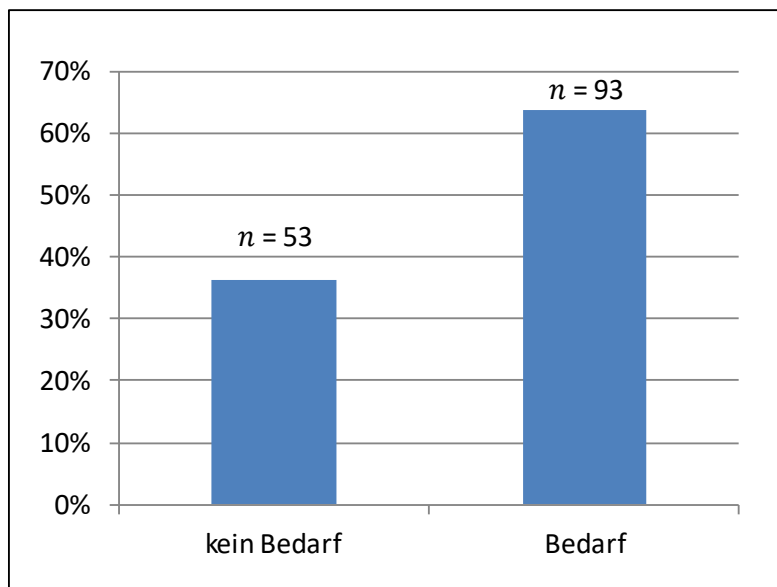
Ordinal skalierte Merkmale wurden in Häufigkeiten transformiert und auf dieser Basis statistisch analysiert. Lagen die Messwerte der einzelnen Gruppen auf Intervallskalenniveau vor, verwendeten wir Testverfahren wie den t-Test oder die univariate Varianzanalyse ANOVA (Sachs, 2004).

Für die Prüfung der aufgestellten Hypothesen 1 und 3 setzten wir neben der explorativen Statistik auch χ^2 -Verfahren ein. Die Prüfung der Hypothese 2 wurde mit der univariaten Varianzanalyse durchgeführt.

4.3 Ergebnisse und Interpretation

4.3.1 Hypothese 1

Bei der Aufnahme in ein Akutkrankenhaus wurde untersucht, ob mehr als die Hälfte der Krebspatienten interventionsbedürftig sind. Von den 146 befragten Patienten hatten 63,7 % einen psychoonkologischen Betreuungsbedarf, 36,3 % benötigten keine Unterstützung (Abbildung 1).



Basiert auf den Daten aus Tabelle 38 im Anhang.

Abbildung 7 Psychoonkologischer Betreuungsbedarf bei der Aufnahme im Akutkrankenhaus

Die Hypothese 1 wird damit gestützt ($X^2(1)=5,584$; $p=0,025$; $\eta=0,138$).

4.3.2 Hypothese 2

Durch die PO-Bado kann gut zwischen Bedarfspatienten und Nichtbedarfspatienten differenziert werden. Betreuungsbedürftige und nichtbetreuungsbedürftige Patienten unterscheiden sich sowohl in den somatischen als auch in den psychischen und sozialen Belastungen (Tabelle 3 und Tabelle 4).

Aus diesen Ergebnissen kann geschlussfolgert werden, dass bei der Ermittlung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs mithilfe der PO-Bado bei gastrointestina-

len Tumorpatienten drei Items nicht aussagekräftig sind: Item „sonstige somatische Belastungen“ innerhalb der Gruppe der somatischen Belastungen, Item „sonstige psychische Belastungen“ innerhalb der Gruppe der psychischen Belastungen und Item „Belastungen in Arbeits- und Berufswelt“ innerhalb der Gruppe der sozialen Belastungen.

Tabelle 3 Itemanalyse der somatischen und psychischen Belastung (PO-Bado) von betreuungsbedürftigen und nicht betreuungsbedürftigen Patienten (t-Test)

		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
psychische Belastung					
Erschöpfung/Mattigkeit	kein Bedarf	53	1,34	-4,357	0
	Bedarf	93	2,42		
Schmerzen	kein Bedarf	53	0,58	-3,307	0,001
	Bedarf	93	1,17		
Einschränkungen	kein Bedarf	53	1,02	-4,214	0
	Bedarf	93	1,97		
sonstige somatische Belastungen	kein Bedarf	53	0,55	-0,337	0,737
	Bedarf	93	0,61		
somatische Gesamtbelastung	kein Bedarf	53	3,49	-5,353	0
	Bedarf	93	6,17		
somatische Belastung					
Schlafstörungen	kein Bedarf	53	1,02	-3,749	0
	Bedarf	93	1,94		
Stimmungsschwankungen	kein Bedarf	53	0,57	-7,066	0
	Bedarf	93	1,81		
kognitive Einschränkungen	kein Bedarf	53	0,36	-2,254	0,026
	Bedarf	93	0,63		
Hilflosigkeit	kein Bedarf	53	0,64	-5,312	0
	Bedarf	93	1,66		
Angst	kein Bedarf	53	1,21	-6,747	0
	Bedarf	93	2,53		
Scham	kein Bedarf	53	0,28	-2,829	0,005
	Bedarf	93	0,76		
Trauer	kein Bedarf	53	0,51	-8,016	0
	Bedarf	93	1,85		
sonstige psychischen Belastungen	kein Bedarf	53	0,45	0,188	0,851
	Bedarf	93	0,42		
psychische Gesamtbelastung	kein Bedarf	53	5,04	-10,259	0
	Bedarf	93	11,59		

Für vollständige Details vgl. Anhang, Tabelle 39 und Tabelle 40.

Die Hypothese 2 kann gestützt werden. Betreuungsbedürftige Patienten unterscheiden sich in der PO-Bado von Nichtbetreuungsbedürftigen sowohl in der Aus-

prägung ihrer somatischen, psychischen als auch ihrer sozialen Belastungsfaktoren.

Tabelle 4 Kontingenztafel der Itemanalyse der sozialen Belastung (PO-Bado) von Patienten mit und ohne Betreuungsbedarf

			kein Bedarf	Bedarf	X^2	p
familiäre Belastung	nein	n	48	56	15,177	0
		%	46,2%	53,8%		
	ja	n	5	37		
		%	11,9%	88,1%		
berufliche/wirtschaftliche Belastung	nein	n	45	78	0,027	1
		%	36,6%	63,4%		
	ja	n	8	15		
		%	34,8%	65,2%		
sonstige soziale Belastungen	nein	n	47	67	5,46	0,022
		%	41,2%	58,8%		
	ja	n	6	26		
		%	18,8%	81,3%		

4.3.3 Hypothese 3

Betreuungsbedarf

Der psychoonkologische Betreuungsbedarf ist davon abhängig, ob der Tumor metastasiert ist oder nicht (Tabelle 5).

Tabelle 5 Psychoonkologischer Betreuungsbedarf in Abhängigkeit von Metastasen

		kein Bedarf	Bedarf	X^2	p
Metastasen vorhanden	n	14	7	4,688	0,040
	%	66,7%	33,3%		
keine Metastasen	n	21	33		
	%	38,9%	61,1%		

Für vollständige Details vgl. Anhang, Tabelle 41.

Alle anderen Faktoren (Geschlecht, Alter, Diagnosegruppen, medizinische Vorbehandlung, Begleiterkrankungen, Funktionsstatus, soziale Einbindung, Vorerfahrungen mit Psychopharmaka und/oder Psychotherapie) haben keinen signifikanten Einfluss auf den psychoonkologischen Betreuungsbedarf der Patienten.

Die Hypothese 3 muss abgelehnt werden. In Bezug auf die Metastasierung haben nichtmetastasierte Patienten sogar einen höheren Betreuungsbedarf.

Somatische und psychische Belastung

Bei der Differenzierung der Patienten entsprechend der unterschiedlichen Art der Belastung (somatisch, psychisch und sozial) fällt auf, dass Frauen einer signifikant höheren psychischen Belastung ausgesetzt sind als Männer ($F(1,144)=5,19$; $p=0,024$; $\eta=0,035$). Tumorpatienten, die chemotherapeutisch vorbehandelt sind, haben eine größere somatische Belastung als Patienten, die keine oder eine andere Form der Vorbehandlung (Operation) hinter sich gebracht haben ($F(4,141)=3,19$; $p=0,015$; $\eta=0,083$). Patienten, die vollkommen bettlägerig sind, sind verständlicherweise einer höheren somatischen Belastung ausgesetzt als Tumorpatienten mit einem besseren Funktionsstatus ($F(4,141)=5,35$; $p<0,001$; $\eta=0,132$). Patienten, die Psychopharmaka eingenommen haben, sind somatisch stärker belastet als diejenigen, die von diesen Medikamenten zuvor keinen Gebrauch gemacht haben ($F(1,126)=7,65$; $p=0,007$; $\eta=0,052$) (vgl. Anhang, Tabelle 42 und Tabelle 43).

4.4 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die PO-Bado zwischen betreuungsbedürftigen und nichtbetreuungsbedürftigen Patienten mit gastrointestinalen Tumoren aufgrund der Erfassung ihrer somatischen, psychischen und sozialen Belastungen gut differenziert.

Der Anteil betreuungsbedürftiger Patienten, die in der Akutklinik wegen ihrer gastrointestinalen Tumorerkrankung aufgenommen werden, beträgt mehr als 60 %. Patienten mit nichtmetastasierten gastrointestinalen Tumoren sind stärker betreuungsbedürftig als metastasierte Patienten. Klassifizierende Faktoren wie Geschlecht oder Funktionsstatus spiegeln sich in den einzelnen Belastungsarten (somatisch, psychisch und sozial) wider.

5 Entscheidungsverhalten der Patienten zur Interventionsteilnahme

5.1 Prozess der Entscheidungsfindung

Bezugnehmend auf das Emotionsregulationsmodell von Gross aus dem Jahr 1989 (vgl. Abschnitt 2.3.2) wird der eigene Beitrag des Patienten bei der Krankheitsverarbeitung durch seine Motivation bestimmt.

Unter Motivation wird das Zielsetzungs- und Zielrealisierungsverhalten beschrieben, das durch folgende Determinanten bestimmt wird (Achtziger & Gollwitzer, 2006):

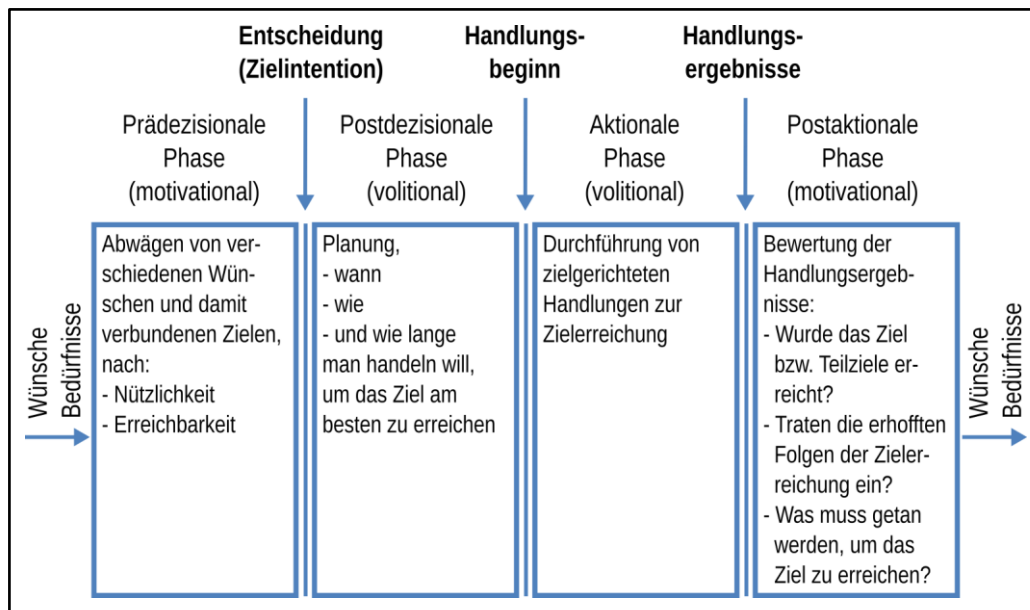
- Wünschbarkeit und Machbarkeit
- Konkretes versus abstraktes Denken
- Positive versus negative Zielsetzung
- Leistungsziele versus Lernziele
- Soziale Erwünschtheit von Zielsetzungen
- Zielhierarchien
- Beeinflussung der Zielsetzungen durch andere

Bei der Krankheitsverarbeitung ist das Repertoire der Emotionsregulation bei gastrointestinalen Tumorpatienten stark eingeschränkt. Der Patient kann sich die Situation nicht aussuchen und auch nur gering modifizieren.

Motivationspsychologisch ist die „Machbarkeit“ eines Behandlungsziels durch die medizinischen Möglichkeiten eng begrenzt. „Abstrakte“ Ziele fallen als Wunschvorgabe im Krankheitsprozess bei den Karzinompatienten weg. „Lernziele“ können im Rahmen der Informationsverarbeitung krankheitsbezogen kaum gesetzt werden. Zielhierarchien können in der Regel vom Patienten nicht selbst gewählt werden, sondern sind durch den medizinischen Handlungsprozess vorgegeben.

Eine Beeinflussung der Zielsetzung des krebserkrankten Patienten erfolgt durch das behandelnde Team, gelegentlich auch durch seine Angehörigen.

Achtziger und Gollwitzer (2009) beschreiben in ihrem Modell der Handlungsphasen folgenden Ablauf (Abbildung 8):



Heckhausen & Gollwitzer, 1987 (Achtziger & Gollwitzer, 2009, S. 151)

Abbildung 8 Rubikonmodell der Handlungsphasen

Die *prädezyonale Phase* ist durch eine vergleichende Bewertung des Ziels in Bezug auf andere Ziele hinsichtlich ihrer Nützlichkeit und Erreichbarkeit gekennzeichnet und erfolgt in einer abwägenden Bewusstseinslage des Individuums. Am Ende dieser Phase steht die Verbindlichkeit des Ziels, und die Absichten der Person werden nicht mehr in Frage gestellt. Damit wird der „Rubikon“ überschritten. Diese Metapher hat dem Modell des Handlungsablaufs ihren Namen gegeben. In der *postdezyonalen Phase* herrscht eine planende Bewusstseinslage vor, die den Zielerreichungsprozess vorgibt. Die anschließende *aktionale Phase* ist durch eine handelnde Bewusstseinslage gekennzeichnet. *Postaktional* kommt es zu einer Bewertung des Erreichten (bewertende Bewusstseinslage) und damit entweder zum Abschluss der Handlung oder – falls das Ziel nicht erreicht wurde – zu einem Neubeginn des Abwägens, Planens und Handelns, um die Handlung letztendlich erfolgreich zu vollenden (Oettingen & Gollwitzer, 2002; Achtziger & Gollwitzer, 2006).

Personen mit einer Leistungsmotivation in Richtung „Hoffnung auf Erfolg“ sind bezüglich ihrer eigenen Kompetenz in der planenden Bewusstseinslage eher illusorisch optimistisch. Sind Personen stärker misserfolgsmotiviert, verhalten sie sich in der planenden Bewusstseinslage eher pessimistisch. In der abwägenden Be-

wusstseinslage konnten solche Beeinflussungen nicht gefunden werden; es resultieren dabei überwiegend realistische Einschätzungen der Zielrealisierung (Oettingen & Gollwitzer, 2002).

Die Krebspatienten befinden sich in einer abwägenden Entscheidungshaltung (vgl. das Modell von Gollwitzer, Abbildung 8). Sie müssen sich zwischen Teilnahme und Nichtteilnahme entscheiden, indem sie ihre Zielvorstellung für den Erfolg einer Behandlung sowie ihrer Mitwirkung zwischen Nutzen und Aufwand abwägen. Die übrigen Handlungsphasen des Modells (postdezisionale, aktionale und postaktionale Phase) kommen für die Krebspatienten nicht in Betracht, da diese Abläufe überwiegend in der Kompetenz des Therapeuten liegen.

Daraufhin befragten wir in einer zweiten Voruntersuchung Patienten mit gastrointestinalen Tumoren dahingehend, ob sie – falls sie die Einschlusskriterien (vgl. Abschnitt 3.4.2) erfüllen – an einer Studie zur psychoonkologischen Intervention während der Chemotherapie teilnehmen würden und was sie zu dieser Entscheidung motiviert. Die Befragung erfolgte nach Feststellung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs mittels PO-Bado und Tumorkonferenzbeschluss zu einer chemotherapeutischen Behandlung. Dabei wurden die Patienten über die Interventionsmöglichkeiten (Psychoedukation in Form von Informationsmaterial, Entspannungstherapie oder themenbezogene Therapiegespräche) in einem persönlichen Gespräch und in schriftlicher Form aufgeklärt (vgl. Anhang, 8.4.1 und 8.4.2).

Zum Zeitpunkt der Aufklärung fand auch die Zuordnung der teilnahmewilligen Patienten zu einer der drei Interventionsformen nach dem Zufallsprinzip statt. Die Interventionsform konnte daher von den bereitwilligen Patienten nicht frei gewählt werden. Ebenso wird die Abfolge der Themen im Informationsmaterial und beim Gespräch vom Studienleiter zufällig gewählt. Diese Randomisierung wurde vorgenommen, damit die Studie als evidenzbasiert eingeordnet werden kann. Den Patienten war nicht bekannt, ob bei ihnen ein psychoonkologischer Betreuungsbedarf diagnostiziert wurde.

Die Teilnahme an der Studie erfolgte freiwillig und konnte jederzeit widerrufen werden, ggf. durch Abbruch während der Intervention. Ein Wechsel zwischen den Interventionsgruppen war nicht möglich. Ein Nachsorgeversprechen wurde gegeben.

5.2 Hypothesen

5.2.1 Hypothese 1

Patienten, die einen psychoonkologischen Betreuungsbedarf haben, nehmen an der Studie teil. Patienten, die keinen psychoonkologischen Betreuungsbedarf haben, lehnen die Studie ab, d.h. die Teilnahmebereitschaft spiegelt den psychoonkologischen Betreuungsbedarf wider.

5.2.2 Hypothese 2

Sollten Betreuungsbedarf und Teilnahmebereitschaft an der psychoonkologischen Intervention voneinander unabhängig sein (Ablehnung der Hypothese 1), so wird dennoch angenommen, dass Teilnehmer gegenüber Ablehnern eine höhere somatische, psychische und soziale Belastung aufweisen.

5.2.3 Hypothese 3

Die Teilnahme oder Nichtteilnahme an der Studie hängt vom Alter, Geschlecht, von der Tumorcharakteristik, den Begleiterkrankungen, dem Funktionsstatus, psychotherapeutischen Vorerfahrungen und von der sozialen Einbindung der Patienten ab.

5.3 Methodik

5.3.1 Stichprobenbeschreibung

In der Zeit von Januar 2010 bis Mai 2015 wurden in der psychoonkologischen Abteilung des Akutkrankenhauses des DRK Kliniken Berlin | Köpenick 263 Patienten mit Tumorerkrankungen aus dem gastrointestinalen Bereich untersucht (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6 Stichprobenbeschreibung der zweiten Voruntersuchung ($N = 263$)

		<i>n</i>	%			<i>n</i>	%
Studien-situation	Teilnehmer	82	31,2%	Behandlung	OP	150	57,0%
	Ablehner	100	38,0%		Chemothera- pie	2	0,8%
	Abbrecher	81	30,8%		sonstige	9	3,4%
Ge- schlecht	männlich	169	64,3%		keine	102	38,8%
	weiblich	94	35,7%	Behand- lungsziel	nicht palliativ	89	33,8%
Alters- gruppe	< 60	52	19,8%		palliativ	174	66,2%
	60-69	75	28,5%	weitere Krankhei- ten	ja	192	73,0%
	≥ 70	136	51,7%		nein	71	27,0%
Partner- schaft	ja	202	76,8%	Erfahrung mit Psycho- therapie	ja	25	9,5%
	nein	60	22,8%		nein	191	72,6%
Kinder	ja	225	85,6%		unbekannt	47	17,9%
	nein	38	14,4%	Psycho- pharmaka	ja	22	8,4%
Beruf	berufstätig	26	9,9%		nein	183	69,6%
	krank geschrieben	38	14,4%		unbekannt	58	22,1%
	arbeitslos	7	2,7%	Funktions- status*	normale Aktivität	138	52,5%
	Rente	188	71,5%		fast uneinge- schränkt	67	25,5%
	sonstige	4	1,5%		weniger als 50% im Bett	34	12,9%
Diagnose- gruppe	obere Gastro	127	48,3%		mehr als 50% im Bett	21	8,0%
	untere Gastro	132	50,2%		bettlägerig	3	1,1%
Metasta- sen	ja	133	50,6%	Funktions- status gruppiert	normale Aktivität	138	52,5%
	nein	130	49,4%		eingeschränkt	125	47,5%
Krank- heits- status	Ersterkran- kung	194	73,8%	Verstor- ben**	ja	121	46,0%
	Rezidiv	26	9,9%		nein	81	30,8%
	Zweittumor	35	13,3%		unbekannt	61	23,2%
	unbekannt	8	3,0%				

* ECOG Skala

** vor dem Zeitpunkt der Katamneseerhebung

Für vollständige Details vgl. Anhang, Tabelle 44.

5.3.2 Beschreibung der Testverfahren und der statistischen Berechnung

Wie in der Voruntersuchung wurde die PO-Bado als Instrument zur Erfassung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs sowie der somatischen, psychischen und sozialen Belastung verwendet (vgl. Abschnitt 4.2.2).

Zusätzlich wurden die Patienten in einer offenen Frage gebeten, ihre Entscheidungsgründe für eine Studienteilnahme bzw. Nichtteilnahme darzulegen.

Entsprechend ihrer Antworten auf die offene Frage zu ihrem Entscheidungsverhalten wurde eine Zuordnung derselben in sechs Motivationskategorien vorgenommen. Auf eine Mehrfachzuordnung wurde verzichtet.

1. *Vorteile für den Patienten selbst*: z.B. besseres Krankheitsverständnis, Linderung der Symptome und der Therapienebenwirkungen, Verbesserung der Aussicht auf Genesung, zusätzliche Betreuung.
2. *Vorteile für Andere*: z.B. dem Therapeuten einen Gefallen zu tun, anderen Patienten mit ähnlichem Krankheitsbild zu helfen, für die Forschung nützlich zu sein.
3. *Nachteile für den Patienten selbst*: z.B. zu große Anstrengung, möchte nicht an die Krankheit erinnert werden, hat weniger Zeit für eigene Interessen.
4. *Nachteile für Andere*: z.B. weniger Zeit für die Angehörigen, höhere Beanspruchung des Klinikpersonals, Störung der Mitpatienten durch Gespräche und Übungen.
5. *Neugier/Akzeptanz*: Interesse am Studienergebnis
6. *Gleichgültigkeit/allgemeine Ablehnung*: kein Interesse an der Studie, möchte kein „Versuchskaninchen“ sein.

Die Motivationskategorien 1, 2 und 5 können den Teilnehmern an der Studie zugeordnet werden. Die Motivationskategorien 3, 4 und 6 treffen auf die Gruppe der Ablehner zu.

Die statistischen Auswertungsmethoden zur Überprüfung des Zusammenhangs des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs und der Teilnahmebereitschaft der Patienten an einer Intervention entsprechen denen der Voruntersuchung (vgl. Abschnitt 4.2.3).

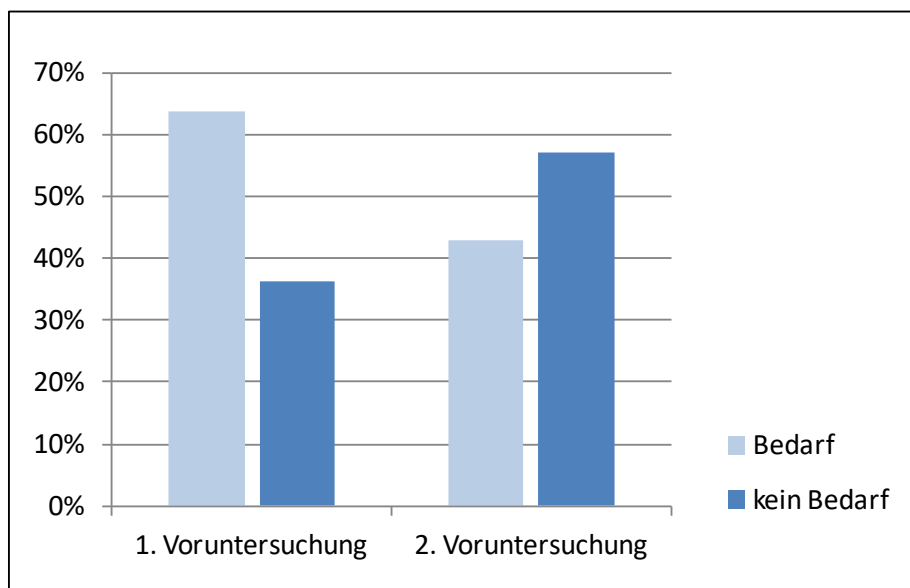
Zur Hypothesenprüfung 1 und 3 wurden neben der explorativen Auswertung χ^2 -Analysen durchgeführt und zur Prüfung der Hypothese 2 ist zusätzlich die univariate Varianzanalyse (ANOVA) eingesetzt worden.

5.4 Ergebnisse

Zunächst soll ein Vergleich der Stichprobe dieser Untersuchung mit der Stichprobe der ersten Voruntersuchung gezogen werden unter Betrachtung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs. Anschließend folgt die Darstellung der eigentlichen Untersuchungsergebnisse zur Frage, wie die Teilnahmbereitschaft der Patienten an einer psychoonkologischen Intervention mit ihrem diagnostizierten Betreuungsbedarf zusammenhängt.

5.4.1 Vergleich mit der ersten Voruntersuchung im Hinblick auf den psychoonkologischen Betreuungsbedarf der Patienten

Von den 263 Patienten der zweiten Voruntersuchung hatten 112 Patienten (42,6 %) einen psychoonkologischen Betreuungsbedarf. 151 Patienten (57,4 %) wiesen zu diesem Zeitpunkt keine Notwendigkeit für eine psychoonkologische Unterstützung auf. In Abbildung 9 ist der Betreuungsbedarf im Vergleich zur ersten Voruntersuchung dargestellt.



$\chi^2(1)=16,746; p<0,001; \eta=0,202$

Basiert auf den Daten aus Tabelle 45 im Anhang.

Abbildung 9 Vergleich der ersten und zweiten Voruntersuchung hinsichtlich des Betreuungsbedarfs.

Diese zwischen den beiden Stichproben gefundenen Differenzen innerhalb des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs erklären sich aufgrund der unterschiedlichen Populationen (Tabelle 7).

Tabelle 7 Kontingenztafeln zeigen den Vergleich der ersten und zweiten Voruntersuchung hinsichtlich Geschlecht, Behandlung, Diagnosegruppe und Erfahrung mit Psychotherapie.

			männlich	weiblich	X^2	p
Geschlecht	1. VU	n	75	71	6,480	0,012
		%	51,4%	48,6%		
	2. VU	n	169	94		
		%	64,3%	35,7%		
			OP	keine OP	X^2	p
Behandlung	1. VU	n	2	144	124,569	0
		%	1,4%	98,6%		
	2. VU	n	150	113		
		%	57,0%	43,0%		
			obere Gastro	untere Gastro	X^2	p
Diagnosegruppen	1. VU	n	43	86	8,624	0,003
		%	33,3%	66,7%		
	2. VU	n	127	132		
		%	49,0%	51,0%		
			ja	nein	X^2	p
Erfahrung mit Psychotherapie	1. VU	n	26	107	4,196	0,044
		%	19,50%	80,50%		
	2. VU	n	25	191		
		%	11,60%	88,40%		

1. VU = erste Voruntersuchung

2. VU = zweite Voruntersuchung

Für vollständige Details vgl. Anhang, Tabelle 45.

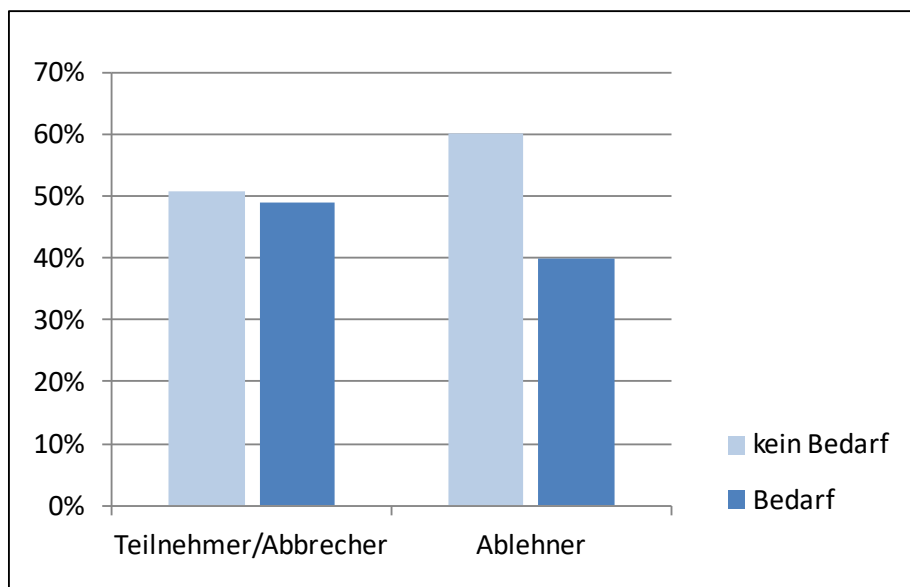
Bei der Untersuchung zur Beurteilung der Teilnahmebereitschaft (zweite Voruntersuchung) ergaben alle Items der PO-Bado eine signifikante Differenzierung in Bezug auf den Betreuungsbedarf der Tumorpatienten (vgl. Anhang, Tabelle 46 und Tabelle 47).

In der ersten Voruntersuchung zur Bedarfsermittlung mit der kleineren Stichprobe ergab sich ein signifikant höherer Betreuungsbedarf bei den nicht metastasierten Patienten, der in der größeren Stichprobe zur Erfassung der Teilnahmebereitschaft nicht gefunden wurde ($X^2(1)=0,029$; $p=0,902$).

Gegenüber der ersten Voruntersuchung fällt bei der Bedarfsbeurteilung auf, dass in der Stichprobe der zweiten Voruntersuchung Frauen signifikant häufiger betreuungsbedürftig sind ($X^2(1)=15,24$; $p>0,001$; $\eta=0,241$) als Männer; ebenso Patienten mit Psychotherapieerfahrung verglichen mit den Patienten ohne Psychotherapieerfahrung ($X^2(1)=11,15$; $p=0,001$; $\eta=0,227$). Eine solche Differenz (in Bezug auf Geschlecht und Psychotherapieerfahrung) wurde in der ersten Voruntersuchung zur Erfassung des Betreuungsbedarfs nicht nachgewiesen (vgl. Anhang, Tabelle 48).

5.4.2 Hypothese 1

Es kann nicht bestätigt werden, dass die motivierten Teilnehmer an der Studie einen höheren psychoonkologischen Betreuungsbedarf haben als die Ablehner. Der psychoonkologische Betreuungsbedarf korreliert nicht mit der Teilnahmebereitschaft der Patienten. Die Hypothese 1 muss daher abgelehnt werden (Abbildung 10).

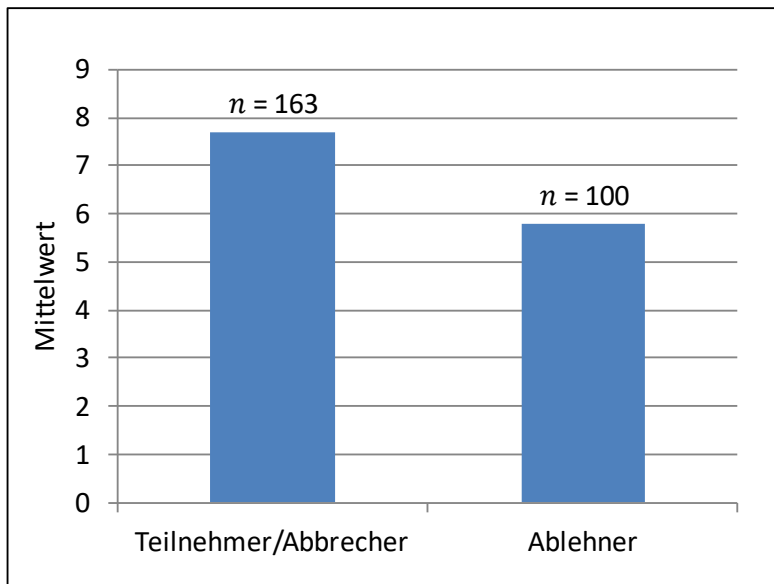


$$X^2(1)=2,06; p=0,162; \eta=0,008$$

Abbildung 10 Kein signifikanter Unterschied zwischen Teilnehmern/Abbrechern und Ablehnern bezüglich des Betreuungsbedarfs.

5.4.3 Hypothese 2

Im somatischen und sozialen Bereich unterscheiden sich Teilnehmer und Ablehner nicht signifikant. Dagegen haben Studienteilnehmer eine signifikant höhere psychische Belastung als Studienablehner (Abbildung 11).



$t(247)=3,282; p=0,001$

Basiert auf den Daten aus Tabelle 49 und Tabelle 50.

Abbildung 11 Mittelwerte der psychischen Belastung von Teilnehmern/Abbrechern und Ablehnern

Der Unterschied in der psychischen Belastung zwischen den Teilnehmern und den Ablehnern bezieht sich vor allem auf die Aussagen in den Items 1, 3 und 4 von den 8 Fragen zur psychischen Befindlichkeit der Patienten im PO-Bado: „Schlafstörungen“ (Item 1: $t(229)=2,343; p=0,02$), „kognitive Einschränkungen“ (Item 3: $t(261)=3,202; p=0,0002$), „Hilflosigkeit“ (Item 4: $t(249)=2,617; p=0,009$) (vgl. Anhang, Tabelle 49).

Somit kann die Hypothese 2 nur in Bezug auf die Unterschiede in der psychischen Belastung zwischen Teilnehmern und Ablehnern an der Studie gestützt werden. Das gilt besonders für die Items der PO-Bado „Schlafstörungen“, „kognitive Einschränkungen“ und „Hilflosigkeit“.

5.4.4 Hypothese 3

Teilnehmer und Ablehner der Studie unterscheiden sich hinsichtlich der demografischen Faktoren nur in ihrem Alter und tendenziell im Funktionsstatus (Tabelle 8). Jüngere Patienten nehmen häufiger an der Studie teil, ältere Patienten lehnen sie eher ab ($X^2(1)=8,48$; $p=0,014$). Der Funktionsstatus der Patienten korreliert schwach mit der Teilnahmebereitschaft, Ablehner sind eher bettlägerig ($X^2(4)=9,104$; $p=0,059$).

Tabelle 8 Kontingenztafeln zeigen den Vergleich von Teilnehmern/Abbrechern und Ablehnern in Bezug auf Alter und Funktionsstatus.

			Teilnehmer/ Abbrecher	Ablehner	X^2	p
Altersgruppe	< 60	<i>n</i>	33	19	8,477	0,014
		%	63,5%	36,5%		
	60-69	<i>n</i>	56	19		
		%	74,7%	25,3%		
	≥ 70	<i>n</i>	74	62		
		%	54,4%	45,6%		
Funktionsstatus	normale Aktivität	<i>n</i>	90	48	9,104	0,059
		%	65,2%	34,8%		
	fast uneingeschränkt	<i>n</i>	44	23		
		%	65,7%	34,3%		
	weniger als 50% im Bett	<i>n</i>	18	16		
		%	52,9%	47,1%		
	mehr als 50% im Bett	<i>n</i>	8	13		
		%	38,1%	61,9%		
	bettlägerig	<i>n</i>	3	0		
		%	100,0%	0,0%		

Für vollständige Daten vgl. Anhang, Tabelle 51)

Die Hypothese 3, die behauptet, dass die Teilnahmebereitschaft an der Studie von soziodemografischen und bestimmten krankheitsbezogenen Faktoren abhängig ist, kann nur in Bezug auf das Alter der Patienten gestützt werden.

5.4.5 Weitere Ergebnisse

5.4.5.1 Teilnehmer ohne Bedarf vs. Ablehner mit Bedarf

In den meisten Untersuchungen werden Teilnehmer ohne Bedarf ebenso wie Ablehner mit Bedarf von den psychoonkologischen Interventionsmöglichkeiten ausgeschlossen.

Die Korrelation des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs (objektives Urteil) mit der Teilnahmebereitschaft an der psychoonkologischen Intervention (subjektives Urteil) hat sich gemäß Hypothese 1 nicht stützen lassen (vgl. Abbildung 10).

83 Patienten waren dazu bereit, an unserer Untersuchung teilzunehmen, obwohl bei ihnen zu Beginn der Untersuchung kein psychoonkologischer Betreuungsbedarf nachgewiesen wurde. Andererseits haben 40 Patienten mit einem objektivierten psychoonkologischen Betreuungsbedarf die Teilnahme an der Studie abgelehnt.

Es erscheint uns daher sinnvoll, diese beiden Patientengruppen, die im Allgemeinen keine Beachtung in den Studien finden, im Hinblick auf die Ausprägung ihrer Belastungsfaktoren, ihrer soziodemographischen Daten und ihrer krankheitsbezogenen Besonderheiten miteinander zu vergleichen. Sowohl die Teilnehmer ohne Betreuungsbedarf als auch die Ablehner mit Betreuungsbedarf schätzen ihre Betreuungsbedürftigkeit subjektiv anders ein als sie durch die Fremdbeurteilung (PO-Bado) diagnostiziert wurde. Teilnehmer ohne Bedarf gehen davon aus, dass ihre Belastungen unterschätzt werden, während Ablehner mit Bedarf ihre Belastungen bagatellisieren bzw. verdrängen.

Keine Unterschiede zwischen Teilnehmern ohne Bedarf und Ablehnern mit Bedarf zeigen sich in PO-Bado Items „kognitive Einschränkungen“, „Schamempfinden“ und „sonstige psychische Belastungen“ im psychischen Bereich und dem Item „Familiäre Belastung“ im sozialen Bereich (vgl. Anhang, Tabelle 52 und Tabelle 53).

Bezogen auf die demografischen und krankheitsbezogenen Faktoren unterscheiden sich Teilnehmer ohne Bedarf von Ablehnern mit Bedarf im Geschlecht, Funkti-

onsstatus, Psychopharmaka und Psychotherapievor Erfahrung. Danach sind überraschenderweise Teilnehmer ohne Bedarf eher männlich und haben eine bessere körperliche Funktionalität. Ablehner mit Bedarf nehmen signifikant häufiger Psychopharmaka ein und haben eher Psychotherapievor Erfahrung (Tabelle 9).

Tabelle 9 Kontingenztafeln zeigen den Vergleich von Teilnehmer ohne Bedarf mit Ablehner mit Bedarf bzgl. Geschlecht, Funktionsstatus, Psychopharmaka und Erfahrungen mit Psychotherapie

			Teilnehmer ohne Bedarf	Ablehner mit Bedarf	X^2	p
Geschlecht	männlich	n	62	21	6,061	0,023
		%	74,7%	25,3%		
	weiblich	n	21	19		
		%	52,5%	47,5%		
Erfahrung mit Psychotherapie	ja	n	2	6	6,376	0,019
		%	25,0%	75,0%		
	nein	n	65	29		
		%	69,1%	30,9%		
Psychopharmaka	ja	n	3	7	5,439	0,034
		%	30,0%	70,0%		
	nein	n	60	29		
		%	67,4%	32,6%		
Funktionsstatus	normale Aktivität	n	53	16	10,49	0,015
		%	76,8%	23,2%		
	fast uneingeschränkt	n	20	10		
		%	66,7%	33,3%		
	weniger als 50% im Bett	n	7	8		
		%	46,7%	53,3%		
	mehr als 50% im Bett	n	3	6		
		%	33,3%	66,7%		

Für vollständige Details vgl. Anhang, Tabelle 54.

5.4.5.2 Differenzierung nach Motivationskriterien zur Studienteilnahme bei Bedarfs- und Nichtbedarfspatienten

Im Folgenden stellen wir die Ergebnisse der Unterschiede in Bezug auf den psychoonkologischen Betreuungsbedarf bezogen auf die sechs gebildeten Motivationskategorien dar.

Patienten mit Bedarf können signifikant häufiger der Motivationskategorie 1 (Vorteil für den Patienten selbst) zugeordnet werden als Patienten ohne Bedarf ($X^2(2)=6,24$; $p=0,044$). In die Motivationskategorie 5 (Neugier/Akzeptanz) können deutlich mehr Patienten mit als ohne Betreuungsbedarf eingeordnet werden

($X^2(2)=8,23$; $p=0,018$). Innerhalb der Kategorien 2 (Vorteil für andere), 3 (Nachteile für den Patienten selbst), 4 (Nachteil für andere) und 6 (Gleichgültigkeit/allgemeine Ablehnung) finden sich keine Häufigkeitsunterschiede zwischen behandlungsbedürftigen und nichtbehandlungsbedürftigen Patienten (vgl. Anhang, Tabelle 55).

Nachteile für sich und andere (Motivationskategorie 3 und 4) wurden von keinem Patienten angegeben.

5.5 Zusammenfassung

Es konnte festgestellt werden, dass der mithilfe der PO-Bado erfasste psychoonkologische Betreuungsbedarf nicht mit der Teilnahmebereitschaft der Patienten an einer entsprechenden psychoonkologischen Intervention übereinstimmt. Viele Patienten möchten eine Intervention, obwohl sie anscheinend keinen durch die Fremdbeurteilung erfassten Betreuungsbedarf haben. Es konnte festgestellt werden, dass die Teilnehmer und Abbrecher sich von den Ablehnern in den psychischen Belastungen unterscheiden. Daher wird in der anschließenden Interventionsstudie das Augenmerk auf die psychischen Belastungen gelegt (z.B. Schlafstörungen, Angst, Depression).

Andere Patienten, die objektiv betreuungsbedürftig erscheinen, lehnen die psychoonkologische Intervention ab. Daraus resultiert die Frage, ob die Kriterien für die Festlegung eines psychoonkologischen Betreuungsbedarfs angemessen sind oder nicht. Weiterhin stellt sich die Frage, ob der Zeitpunkt der Erfassung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs und der Zeitpunkt für die Entscheidung für die Teilnahme an einer Intervention richtig gewählt sind. Möglicherweise ändern sich im Verlaufe des Krankheitsprozesses die Entscheidungskriterien der Patienten für die psychoonkologische Behandlung und auch deren Betreuungsbedarf.

In der nachfolgenden Untersuchung soll daher festgesellt werden, ob sich verlaufsbezogene Unterschiede des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs ergeben und ob die Interventionsform Einfluss auf den Betreuungsbedarf, speziell auf die Veränderung der Angst, der Depression und der Lebensqualität der Tumorpatienten hat.

6 Vergleich verschiedener psychoonkologischer Interventionsformen

Die erste Voruntersuchung ermittelte den psychoonkologischen Betreuungsbedarf der Patienten mit gastrointestinalen Tumoren in der Akutklinik. Anschließend wurde in der zweiten Voruntersuchung analysiert, in welchem Umfang und aus welchen Gründen sich die betroffenen Patienten für oder gegen die Teilnahme an einer psychoonkologischen Intervention neben ihrem medizinischen Therapieprogramm (Chemotherapie) entscheiden. Es wird gefragt, inwiefern sich diese Patienten durch die psychoonkologische Betreuung (Gespräch, Entspannung und schriftliche Informationsvergabe) in ihren psychischen Auffälligkeiten (vor allem in Bezug auf ihre Angst und Depression) verändern und wie der Krankheitsprozess mit seiner medizinischen Behandlung verarbeitet wird (Anwendung von Copingstrategien).

Unter Berücksichtigung des in der Einleitung gegebenen Literaturüberblicks sollen Besonderheiten der psychoonkologischen Betreuung gastrointestinaler Tumorpatienten im Akutkrankenhaus in Zusammenhang mit ihrer Chemotherapie untersucht werden. Die Charakteristika der medizinischen Betreuung der Tumorpatienten sind nicht Gegenstand der Studie.

6.1 Methodik

6.1.1 Stichprobencharakteristik

In der zweiten Voruntersuchung zur Entscheidungsfindung der Teilnahme an einer psychoonkologischen Intervention wurden insgesamt 263 Patienten angesprochen, davon lehnten 100 Patienten diese aus unterschiedlichen Motiven ab. Die verbliebenen 163 Studienteilnehmer wurden in die einzelnen Interventionsgruppen (Gespräch, Entspannung (PMR) und Information) randomisiert.

Bei 81 Patienten konnte die psychoonkologische Intervention gemäß dem Studienprogramm infolge eines Abbruchs nicht vollständig zu Ende geführt werden. Davon gaben 24 Patienten subjektive Gründe an, wie geänderte Einstellung gegenüber

dem Interventionsprogramm oder empfundene Verschlechterung ihres Krankheitszustandes. 57 Patienten konnten die Studie nicht abschließen, da die Chemotherapie abgebrochen wurde oder da sie zwischenzeitlich verstarben. Für die 82 Patienten, die das Studienprogramm vollständig durchlaufen haben, ergab sich folgende Gruppenverteilung: 27 Gespräch, 26 Entspannung (PMR) und 29 Information (vgl. Tabelle 10).

Die soziodemographischen und krankheitsbezogenen Variablen der Stichprobe sind in ihren einzelnen Kategorien und Ausprägungsgraden auf die Interventionsgruppen in der Untersuchung annähernd gleich verteilt. Die Krankheitsdaten in Bezug auf das Alter der Patienten in der Gesamtstichprobe entsprechen denen der Inzidenz in der Allgemeinbevölkerung. Die Variablen des jeweiligen Krankheitsgeschehens weichen nicht von den allgemeinen Charakteristika der Lokalisation, der Ausprägung und der Stadieneinteilung gastrointestinaler Tumoren ab. Männer sind in der Gesamtstichprobe häufiger als Frauen vertreten ($X^2(1)=4,868$; $p=0,035$) (vgl. Anhang, Tabelle 57). Der Anteil der Patienten mit Partnerschaft und Kindern als Angehörigen entspricht den üblichen demographischen Daten der Bevölkerung. In Bezug auf Psychopharmaka, Vorbehandlungen und Psychotherapieerfahrungen unterscheidet sich unsere Stichprobe nicht vom übrigen allgemeinen ambulanten und stationären Patientengut (Jacobi, Klose, & Wittchen, 2004).

Entsprechend ihrer als unabhängig gewerteten Variablen wurden die Patienten auf die drei verschiedenen Interventionsgruppen randomisiert nach Geschlecht, Alter (Altersgruppen), Lokalisation des Tumors (oberer/unterer Gastrointestinaltrakt), Tumorfolge (Primärtumor, Zweittumor, Rezidiv), Metastasierungsgrad, Therapieform (adjuvant/neoadjuvant vs. palliativ), somatische Begleiterkrankungen, Funktionsstatus (körperliche Aktivität), Partnerschaft, Kinder, sozialer Status (Berufstätigkeit vs. Rentner), anamnestisch angegebene Psychopharmakamedikation, Psychotherapieerfahrungen.

Tabelle 10 Stichprobenbeschreibung der Hauptuntersuchung.

		Gespräch		PMR		Info	
		n	%	n	%	n	%
Geschlecht	männlich	15	55,6%	16	61,5%	19	65,5%
	weiblich	12	44,4%	10	38,5%	10	34,5%
Altersgruppe	< 60	5	18,5%	3	11,5%	9	31,0%
	60-69	10	37,0%	14	53,8%	6	20,7%
	≥ 70	12	44,4%	9	34,6%	14	48,3%
Partnerschaft	ja	23	85,2%	21	80,8%	21	72,4%
	nein	4	14,8%	5	19,2%	8	27,6%
Kinder	ja	24	88,9%	24	92,3%	24	82,8%
	nein	3	11,1%	2	7,7%	5	17,2%
Beruf	berufstätig	3	11,1%	3	11,5%	5	17,2%
	krank geschrieben	5	18,5%	4	15,4%	4	13,8%
	arbeitslos	1	3,7%	2	7,7%	0	0,0%
	Rente	18	66,7%	16	61,5%	19	65,5%
	sonstige	0	0,0%	1	3,8%	1	3,4%
Diagnosegruppe	obere Gastro	15	55,6%	10	38,5%	13	44,8%
	untere Gastro	12	44,4%	16	61,5%	16	55,2%
Metastasen	ja	9	33,3%	11	42,3%	13	44,8%
	nein	18	66,7%	15	57,7%	16	55,2%
Krankheitsstatus	Ersterkrankung	23	85,2%	20	76,9%	21	72,4%
	Rezidiv	1	3,7%	4	15,4%	2	6,9%
	Zweitumor	3	11,1%	2	7,7%	6	20,7%
Behandlung	OP	17	63,0%	17	65,4%	17	58,6%
	sonstige	1	3,7%	0	0,0%	1	3,4%
	keine	9	33,3%	9	34,6%	11	37,9%
Behandlungsziel	nicht palliativ	11	40,7%	13	50,0%	12	41,4%
	palliativ	16	59,3%	13	50,0%	17	58,6%
weitere Krankheiten	ja	22	81,5%	15	57,7%	18	62,1%
	nein	5	18,5%	11	42,3%	11	37,9%
Erfahrung mit Psychotherapie	ja	5	21,7%	0	0,0%	3	11,1%
	nein	18	78,3%	22	100,0%	24	88,9%
Psychopharmaka	ja	2	9,5%	2	9,5%	2	7,7%
	nein	19	90,5%	19	90,5%	24	92,3%
Funktionsstatus ECOG Skala	normale Aktivität	16	59,3%	15	57,7%	23	79,3%
	fast uneingeschränkt	8	29,6%	6	23,1%	3	10,3%
	weniger als 5% m Bett	1	3,7%	3	11,5%	2	6,9%
	mehr als 5% im Bett	2	7,4%	2	7,7%	1	3,4%
Funktionsstatus gruppiert	normale Aktivität	16	59,3%	15	57,7%	23	79,3%
	eingeschränkt	11	40,7%	11	42,3%	6	20,7%
Verstorben vor dem Zeitpunkt der Katamnese-erhebung	nein	13	52,0%	11	52,4%	7	50,0%
	ja	11	44,0%	8	38,1%	5	35,7%
	unbekannt	1	4,0%	2	9,5%	2	14,3%

Für vollständige Details vgl. Anhang, Tabelle 62.

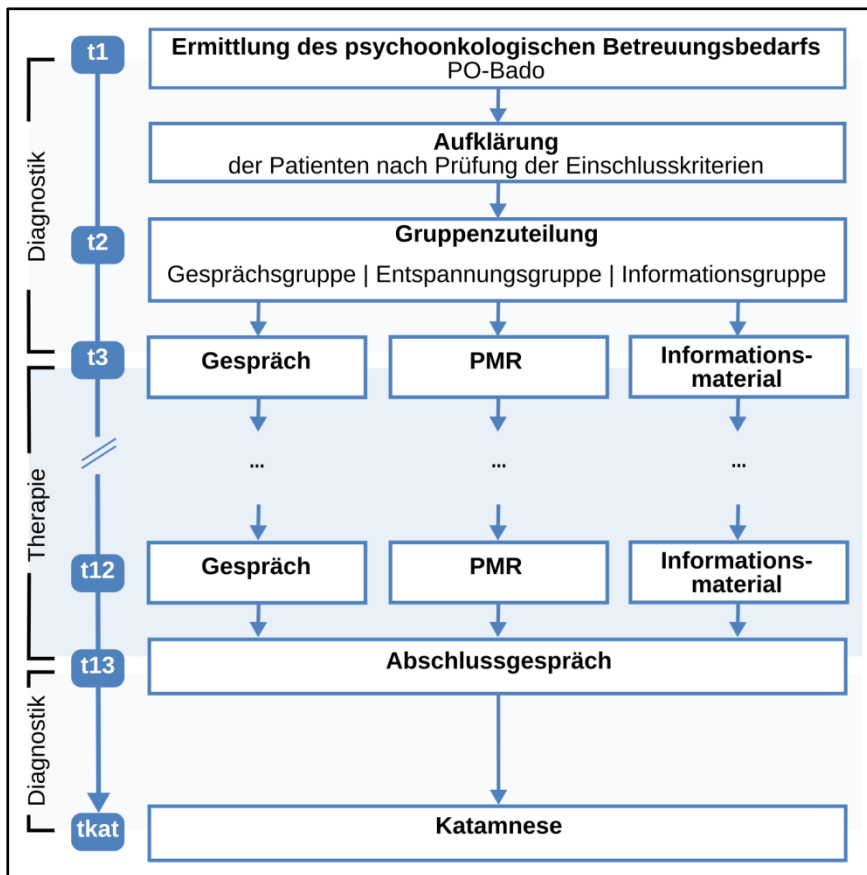
Als die davon abhängigen nicht randomisierten Variablen werden in dieser Untersuchung der psychoonkologische Betreuungsbedarf, die Angstaussprägung, die Depression, die Lebensqualität sowie die Pulsfrequenz und ihre Veränderung als psychophysiologischer Parameter aufgefasst.

6.1.2 Studiendesign

Die Patienten, die die Studie durchliefen, wurden zunächst testdiagnostisch erfasst, über die Studie aufgeklärt und einer Interventionsgruppe randomisiert zugeordnet (Testzeitpunkte t1 bis t2). Danach erfolgte an zehn aufeinanderfolgenden Zeitpunkten die Intervention während der intravenösen Chemotherapie (Testzeitpunkte t3 bis t12), entsprechend dem medizinisch vorgegebenen Rhythmus. Während der chemotherapeutischen Behandlung und nach Abschluss (Testzeitpunkt t13) wurden die Patienten kontinuierlich testdiagnostisch untersucht, um die Entwicklung ihres psychoonkologischen Betreuungsbedarfs sowie ihrer Angst- und Depressionswerte zu beurteilen. Während der Intervention wurden in jeder Sitzung fortlaufend die Pulsfrequenzwerte der Gesprächs- und Entspannungstherapiepatienten aufgezeichnet. Nach durchschnittlich 16,9 Monaten wurde eine katamnestische Befragung durchgeführt (tkat). In Abbildung 12 ist der Studienablauf dargestellt.

6.1.3 Beschreibung der psychoonkologischen Interventionsverfahren

Eine psychische Begleitung der Tumorkranken ist ethisch geboten, in den S3-Leitlinien der Psychoonkologie empfohlen und für die zertifizierten Darm- und Pankreaszentren vorgeschrieben. Aus der in den Leitlinien der Psychoonkologie vorgegebenen Methodenvielfalt wurden die Verfahren der kognitiven verhaltenstherapeutischen Intervention und der Entspannungstherapie gewählt, weil diese am häufigsten eingesetzt wurden (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014a). Als Kontrolle im Vergleich zur psychotherapeutischen Intervention wurde auf Empfehlung des Ethikrats die Informationsübergabe psychoonkologischer Materialien vorgenommen. Eine Gruppenbehandlung war aufgrund des chemotherapeutischen Behandlungsablaufs nicht möglich. Die verschiedenen Interventionsverfahren wurden in Einzelsitzungen durchgeführt.



PO-Bado = Psychoonkologische Basisdokumentation
 Gespräch=Einzelsitzung kognitive Verhaltenstherapie
 PMR = Progressive Muskelrelaxation
 t1-t13=Testzeitpunkte

Abbildung 12 Studienablauf

6.1.3.1 Informationsgruppe

Die einfachste Form der psychoonkologischen Intervention ist die Übergabe tumorspezifischen schriftlichen Aufklärungsmaterials (vgl. Anhang 8.4.11). Dafür stehen sieben Hefte der deutsche Krebshilfe in Form der „Blauen Reihe“, ein Patientenratgeber zu Fragen der Nebenwirkung der Chemotherapie vom Tumorzentrum der UNI Freiburg, eine Vorlage „Aktiv werden und Genießen“ (eigene Zusammenstellung 2010, vgl. Anhang 8.4.12) und eine Vorlage „Soziale Kompetenz bei Krebskranken“ (eigene Zusammenstellung 2010, vgl. Anlage 8.4.13) zur Verfügung. Neben dem individuellen Aufklärungsgespräch, insbesondere zu den medizinischen Fragen, liefert diese Reihe Informationen über die Unterstützungsmöglichkeiten seitens verschiedener Institutionen. Der Inhalt dieser Hefte hat psychoedukativen Charakter und ist leicht verständlich dargestellt. Die Patienten dieser Gruppe erhielten inhaltlich dieselben Informationen wie die Patienten der Gesprächsgruppe.

Das Informationsmaterial wurde zeitgleich zur Intervention der Patienten in der Gesprächsgruppe verteilt und orientiert sich an der vorgegebenen randomisierten Themenabfolge (vgl. Abschnitt 6.1.3.2).

Zusätzliche Gespräche zu den angeschnittenen Themen wurden diesen Patienten in der Interventionsgruppe nicht direkt angeboten. Rückfragen dazu gegenüber dem medizinischen Personal und im Internet konnten nicht ausgeschlossen werden. Die Patienten hatten während der Studie die Möglichkeit, die entsprechenden Texte durcharbeiten und für sich die wichtigsten Informationen herauszulesen (Aktivität) oder die Broschüren einfach beiseite zu legen (Passivität).

Im Folgenden wird die Gruppe mit dieser Form der psychoonkologischen Intervention als Informationsgruppe (Info) bezeichnet.

6.1.3.2 Gesprächsgruppe

Der Informationsgruppe als Gruppe ohne besonderen psychotherapeutischen Kontakt (Kontrollgruppe) wird eine Gesprächsgruppe gegenübergestellt, bei der es während der Chemotherapie zu einem zehnmaligen Einzelgesprächskontakt mit einer Psychotherapeutin kommt (10 Kurzzeittherapiesitzungen à 20 Minuten). Die Gesprächsthemen sind inhaltlich vorgegeben und an das Manual zur psychoonkologischen Behandlung von Brustkrebspatienten von Dorn (2007) angelehnt. Aus den Ergebnissen der zweiten Voruntersuchung geht hervor, dass besonders die psychischen Störungen bei den Krebspatienten gesprächspsychologisch zu bearbeiten sind.

Entsprechend der Informationsgruppe erhalten die Patienten der Gesprächsgruppe am Ende der jeweiligen Interventionssitzung das Informationsmaterial zum betreffenden Thema als Ergänzung (vgl. Anhang, 8.4.11):

1. Diagnostik und allgemeines Krankheitsverständnis der jeweiligen Tumorerkrankung: Wissen über die individuelle Diagnose und den Krankheitsverlauf; emotionale Reaktionen; Erfahrungen mit Krebs
2. Symptome der Erkrankungen und Nebenwirkungen der Chemotherapie: Entscheidungen bzgl. Chemotherapie oder alternativer Behandlungsmög-

lichkeiten; Umgang und Erfahrungen mit körperlichen Beschwerden; Fatigue

3. soziale Unterstützung der Tumorpatienten und deren Angehörigen: Definition der sozialen Unterstützung; Familie, Freunde, Bekannte, Gesellschaft; Belastung vs. Erleichterung der Unterstützung
4. Bewältigungsstrategien: Krisen in der Vergangenheit; Strategien, die geholfen haben; Übertragung auf aktuelle Situation
5. Patientenkompetenz: eigene Fähigkeiten und Einschränkungen; Umgang mit Kommunikation; Selbstwertsteigerung; Arzt-Patienten-Beziehung

Jedes dieser fünf Themen wurde in zwei Therapiesitzungen hintereinander bei jedem einzelnen Patienten dieser Gruppe angesprochen. Diese Themen sind umfassend für die psychoonkologische Betreuung der Patienten. Unsere Patienten befanden sich während der Intervention in der Chemotherapiephase, d.h. die Diagnostik war abgeschlossen und der Behandlungsplan den Patienten bekannt. Sie hatten den ersten Diagnoseschock bereits durchlaufen und daher konnten die weiteren Krankheitsschritte bearbeitet werden.

Die psychoonkologische Intervention beinhaltet viele Therapieaspekte: psychoedukatives informierendes Angebot in einer auf Augenhöhe auszubauenden Patienten-Therapeuten-Beziehung, verbalisierte emotionale Gesprächsinhalte mit supportiver Verarbeitung von traumatischen Gefühlen, von Angst- und Depressionssymptomen und Stärkung des Selbstbewusstseins des Patienten in Richtung eines optimierten Krankheitsverlaufs. Jede Intervention ist eine kognitive supportive Reflexion der krankheitsbezogenen Themen. Aus diesem Grund kam es bei der psychoonkologischen Intervention in der Gesprächsgruppe nicht darauf an, eine bestimmte Reihenfolge der Gesprächsthemen vorzugeben. Die fünf unabhängigen Themengruppen wurden für die Patienten der Gesprächsgruppe in ihrer Reihenfolge zufällig zugeordnet, so dass ein Effekt der Themenabfolge am Ende der Intervention ausgeschlossen ist.

6.1.3.3 Entspannungstherapie

Relaxation ist emotionaler Ausdruck der inneren Sicherheit und Geborgenheit. Das will man im Krankheitsfall erreichen. Durch die Entspannung werden krankheits-

bedingte Gefahren wie Schmerzen weniger wahrgenommen und unbewusst abgewertet. Entspannung kann man nicht immer kognitiv herbeiführen. Sie ist schwer zu erzeugen, wenn die kognitive Wertung eines emotional gefärbten Ereignisses in Kontrast zu angestrebten entspannten Ausdrucksformen des Patienten steht. Die Entspannung ist im Gegensatz zur Gesprächsintervention nicht selektiv, sondern unspezifisch. Nichtsdestoweniger kann Entspannungstherapie der progressiven Muskelrelaxation (PMR) einen wichtigen Beitrag zur Krankheitsbewältigung leisten, vor allem dann, wenn das Entspannungsverfahren aktiv eingeübt wird (Cheung et al., 2003). Dabei werden die Patienten vom Therapeuten aufgefordert nacheinander verschiedene Muskelgruppen für etwa 7 Sekunden anzuspannen und danach für etwa 20-30 Sekunden zu entspannen. Es wird eine bestimmte Reihenfolge eingehalten: Finger, Hand, Arm, Gesicht, Schulter, Rücken, Bauch, Oberschenkel, Unterschenkel und Fuß.

Die PMR wurde als Einzelübung während der Chemotherapie mit einer Sitzungsdauer von ca. 20 Minuten so durchgeführt, dass dadurch die intravenöse Medikamentengabe nicht gestört wurde (vgl. Anhang, 8.4.3) (Bernstein & Brokovec, 2004).

6.1.4 Eingesetzte Testdiagnostik und statistische Verfahren

In der Studie werden Erhebungsinstrumente (PO-Bado, HADS, FBK, EORTC QLQ-C30) eingesetzt, um den Betreuungsbedarf, die Angst- und die Depressionsbelastung sowie die Lebensqualität zu erfassen. Weitere Fragebögen dienen der Diagnostik von Copingstrategien (ERQ, RSQ, FKV). Die Tabelle 11 gibt einen Überblick darüber, zu welchen Zeitpunkten, welche Fragebögen eingesetzt worden sind.

Methoden zur Erfassung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs

In den Voruntersuchungen (vgl. Kapitel 4 und 5) wurde der Betreuungsbedarf mithilfe der Fremdeinschätzung (PO-Bado) bestimmt. Daneben gibt es aber auch noch valide Selbsteinschätzungsfragebogenverfahren, die den Bedarf an psychoonkologischer Betreuung bei den Tumorpatienten ermitteln können. Wir beziehen uns in dieser Untersuchung neben der PO-Bado auf die HADS und auf den FBK (Herschbach & Weis, 2008).

Tabelle 11 Überblick über die verwendeten Fragebögen

Fragebogen	Testzeitpunkt	Beschreibung	Anzahl der Items
PO-Bado (Psychoonkologische Basisdokumentation)	t1-t13 tkat	soziodemographische und medizinische Angaben somatische, psychische, zusätzliche Belastungsfaktoren	15
HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)	t2-t13 tkat	Angst und Depression	14
FBK Kurzform (Fragebogen zur Belastung von Krebspatienten)	t2, t13 tkat	psychosomatische Beschwerden, Angst, Informationsdefizite, Alltagseinschränkungen, soziale Belastung	10
EORTC QLQ-C30 (Quality of Life Questionnaire)	t2, t13 tkat	Erfassung Lebensqualität	30
ERQ (Emotion Regulation Questionnaire)	t2, t13	emotionales Erleben, emotionaler Ausdruck	10
RSQ (Response Styles Questionnaire)	t5	Copingstile Distraction und Rumination	23
FKV (Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung)	t3 tkat	Copingstile	35

tkat = Katamnese

Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado)

Die PO-Bado kam bereits in der Untersuchung zur Erfassung des Betreuungsbedarfs in der Akutklinik (vgl. Seite 64) und in der Untersuchung zum Entscheidungsverhalten für die Teilnahme an der Studie (vgl. Seite 78) zur Anwendung. Sie wurde dort ausführlich beschrieben. Die Interviews führten wir zu allen Interventionszeitpunkten durch.

Fragebogen zur Belastung von Krebspatienten (FBK-R10)

Der FBK von Herschbach et al. (2003) dient der Erfassung und Quantifizierung psychoonkologischer Belastungsaspekte von Tumorpatienten (vgl. Anhang 8.4.6). Für die Beurteilung der Belastungen der Patienten ist im FBK im Gegensatz zur HADS und zur PO-Bado kein Zeitfenster vorgegeben. Der Fragebogen kommt am Anfang, am Ende und zur Katamnese zum Einsatz. Der FBK besteht im Original aus 23 Items. Wir verwenden in der Studie die Kurzform mit 10 Items. Die Items wurden auf einer sechsstufigen Skala (0 = „trifft nicht zu“, 1 = „trifft zu und belastet mich kaum“ bis zu 5 = „sehr stark“) bewertet. Der psychoonkologische Behandlungsbedarf wird in unserer Untersuchung nach den Cut-off Kriterien (mindestens 1x5 oder mindestens 3x4) und/oder dem erhöhten Summenwert (>15) festgelegt.

Aussagen zur Reliabilität und Validität des FBK sind in der Publikation von Herschbach und Weis (2008) getroffen worden.

Die Ergebnisse der FBK-Analyse in Hinblick auf die Feststellung des Behandlungsbedarfs zeigten eine ausreichende Übereinstimmung mit den Ergebnissen der fremdbestimmten PO-Bado-Analyse zu den Testzeitpunkten t2 und t13 (vgl. Anhang, Tabelle 56).

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Die HADS (deutsche Version von Herrmann et al. (1995)) ist ein Selbsteinschätzungs-Screening, um psychische Belastungen in Form von Angst und Depression zu ermitteln (vgl. Anhang 8.4.5). Sie dient nicht zur Diagnosestellung von ICD-10 standardisierten Kriterien von Angst- und Depressionsstörungen. Die HADS ist ein weitverbreitetes Instrument in verschiedenen Studien. Sie ist aber nicht speziell für Krebspatienten entwickelt worden. Der Fragebogen wurde zu allen Interventionszeitpunkten eingesetzt.

Der Fragebogen besteht aus 14 Items mit jeweils vierstufigen Skalen. Das Empfinden wird auf die vergangenen sieben Tage bezogen. Die Auswertung erfolgt über einen Summenscore. Dabei werden die beiden Subskalen (sieben Items Angst, sieben Items Depression) getrennt voneinander berechnet.

Zigmond und Snaith (1983) beurteilten Patienten ohne Krebserkrankung mit einem Summenscore auf der jeweiligen Skala von unter 8 als unauffällig, Summenwerte zwischen 8 und 10 galten als grenzwertig. Summenscores über 11 dokumentierten Auffälligkeiten des Patienten in Bezug auf Angst und/oder Depressionen (Herschbach & Weis, 2008). In einer Untersuchung an Krebspatienten von Singer et al. (2009) wurde von Cut-off-Werten ≥ 7 bei Angst und ≥ 5 bei Depression ausgegangen.

Als Cut-off-Werte für den Betreuungsbedarf der Krebspatienten unserer Stichprobe wählten wir einen Summenwert für die Angst ≥ 8 und/oder einen Summenwert für die Depression ≥ 8 . Diese Schwellenwerte wurden von uns bei der Versuchsplannung wie in der Originalarbeit von Zigmond und Snaith (1983) festgelegt. Erst später erlangten wir Kenntnis von der Untersuchung von Singer et al. (2009), wo niedrige Werte verwendet werden.

Die Reliabilität und Validität der HADS wurden als verlässlich bestimmt (Herschbach & Weis, 2008).

6.2 Vergleich der eingesetzten Screeningmethoden zur Ermittlung des psychoonkologischen Betreuungsbedarf der Tumorpatienten

Die aufgezählten psychoonkologischen Screeningmethoden (PO-Bado, HADS, FBK) korrelieren untereinander, was auch in unserer Stichprobe gezeigt werden konnte (vgl. Anhang, Tabelle 58). Ihre Validität, Spezifität und Sensitivität wurden gegenseitig überprüft (Herschbach & Weis, 2008). Beim Vergleich der Screeningmethoden für den psychoonkologischen Betreuungsbedarf der Krebspatienten beträgt die Sensitivität des FBK gegenüber der HADS in der Literaturangaben zwischen 75 % und 83 % (in unserer Stichprobe 74 %) und die Spezifität des FBK gegenüber der HADS in der Literatur 66-77 % (in unserer Stichprobe 73 %).

Die Sensitivität der PO-Bado gegenüber der HADS liegt in der Literatur zwischen 78 % und 71 % (in unserer Stichprobe bei nur 53 %), die Spezifität der PO-Bado

gegenüber der HADS wird in der Literatur zwischen 77 % und 79 % angegeben. In unserer Stichprobe konnten wir Spezifitätswerte von 86 % ermitteln.

Die PO-Bado wurde in der Literatur an dem FBK validiert mit Korrelationskoeffizienten zwischen $r=0,34$ und $r=0,54$. Die Sensitivität der PO-Bado gegenüber dem FBK beträgt bei unseren Patienten 53 % und die Spezifität 86 % (Herschbach et al., 2003).

6.2.1 Eingengter und erweiterter psychoonkologischer Betreuungsbedarf

Um eine höhere Spezifität und Sensitivität der Screeningverfahren für den psychoonkologischen Betreuungsbedarf zu erreichen, kann man den Informationsgehalt aller drei Bestimmungsmethoden (HADS, FBK, PO-Bado) nutzen.

Eingengter Betreuungsbedarf

Um die Spezifität des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs zu erhöhen, gehen wir davon aus, dass nur derjenige Tumorpatient einen ausreichenden Betreuungsbedarf hat, der in allen drei dieser Testverfahren einen Betreuungsbedürftigkeit aufweist. Wir definieren diesen Sachverhalt als *eingengten psychoonkologischen Betreuungsbedarf*.

Alle anderen Tumorpatienten, die das Kriterium des eingengten psychoonkologischen Betreuungsbedarfs nicht erfüllen, weil sie entweder in den übrigen Testverfahren keinen oder nur in einzelnen Screeningmethoden einen Betreuungsbedarf aufweisen, werden daher im Rahmen des eingengten psychoonkologischen Betreuungsbedarf als nichtinterventionsbedürftig aufgefasst.

Erweiterter Betreuungsbedarf

Soll die Sensitivität der vorgestellten Screeningmethoden zur Erfassung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs erhöht werden, so geschieht dies in unserer Untersuchung dadurch, dass wir in die Stichprobe der Betreuungsbedürftigen alle Tumorpatienten aufnehmen, die mindestens in einem der Testverfahren (PO-Bado, HADS und FBK) einen Betreuungsbedarf zugewiesen bekommen haben. Nicht be-

treuungsbedürftig sind ausschließlich die Tumorpatienten, die in allen drei Screeningmethoden keinen Betreuungsbedarf anzeigen. Dieser Beurteilungsform des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs geben wir den Namen *erweiterter psychoonkologischer Betreuungsbedarf*.

Zu Beginn der Hauptuntersuchung wurden die 82 Patienten in der Stichprobe einem psychoonkologischen Screening in Bezug auf ihren Betreuungsbedarf unterzogen. Tabelle 12 beschreibt die Verteilung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs, aufgeschlüsselt nach den verschiedenen eingesetzten Screeningmethoden und deren Kombination.

Tabelle 12 Häufigkeiten des ausdifferenzierten Betreuungsbedarfs (N=82)

		<i>n</i>	%
eingengter Betreuungsbedarf	ja	16	19,5%
	nein	66	80,5%
HADS	ja	40	48,8%
	nein	42	51,2%
FBK	ja	38	46,3%
	nein	44	53,7%
PO-Bado	ja	27	32,9%
	nein	55	67,1%
erweiterter Betreuungsbedarf	ja	53	64,6%
	nein	29	35,4%

Wird der eingengte psychoonkologische Betreuungsbedarf als Maßstab für die Interventionsbedürftigkeit angenommen, so fallen in unserer Stichprobe 16 Patienten darunter. Werden die Kriterien für den erweiterten psychoonkologischen Betreuungsbedarf zugrunde gelegt, steigt die Zahl der Betreuungsbedürftigen unserer Stichprobe von 40 Patienten aufgrund der HADS-Analyse, 38 Fällen beim FBK und 27 Fällen anhand der PO-Bado, unter Berücksichtigung der Überschneidungen, auf insgesamt 53 Krebspatienten. Es bleiben daher nur 29 Patienten übrig, die auf Basis aller drei Testaussagen keinen psychoonkologischen Betreuungsbedarf besitzen (Tabelle 12).

6.2.2 Angstbelastung

Die Angstbelastung der Patienten wird auf der Angstskaala der HADS erfasst. Für die Bewertung der Angst wird das Cut-off-Kriterium >8 festgelegt (vgl. Seite 97).

6.2.3 Depressionsbelastung

Die Depressionsbelastung der Patienten wird mithilfe der Depressionsskala der HADS erfasst. Als Cut-off-Kriterium für die Depression wird ein Summenwert > 8 festgesetzt (vgl. Seite 97).

6.2.4 Lebensqualität

Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30)

Der Quality of Life Questionnaire des European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ-C30) beinhaltet drei Beurteilungsbereiche: die globale Lebensqualität, körperliche Funktionseinschränkungen und Einschränkungen durch Krankheitssymptome (vgl. Anhang 8.4.7). Der Fragebogen wurde am Anfang und am Ende der Studie erhoben.

Die globale Lebensqualität wird erfasst auf zwei siebenstufigen Skalen (1 = „sehr schlecht“ bis 7 = „ausgezeichnet“), auf denen der Patient seine Lebensqualität einerseits hinsichtlich seines Gesundheitsstatus und andererseits unabhängig von seiner Krankheit einschätzt.

Die Auswertung der Funktionsskalen und der Symptomskalen des EORTC QLQ-C30 wurden von uns nicht vorgenommen.

Ein Cut-off-Wert, der gute von schlechter Lebensqualität trennt, liegt nicht vor. Die Rohwerte der globalen Lebensqualität wurden nach Testanweisung transformiert.

Der EORTC QLQ-C30 ist nicht speziell für Krebspatienten entwickelt worden. Objektivität und Reliabilität wurden bestimmt (Aaronson et al., 1993).

6.2.5 Copingstrategien

Die Copingstrategien der Tumorpatienten sind in der Studie mithilfe des ERQ, des FKV und des RSQ erfasst worden.

Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)

Der ERQ (deutsche Version von Abler, Erk, Herwig und Walter (2007), vgl. Anhang, 8.4.8) misst das emotionale Erleben und den emotionalen Ausdruck des Patienten. Er erfasst die Regulation der Emotionen entsprechend des Modells von Gross (1998). Das englische Original wurde 2003 von J. Gross und O. John im Rahmen ihrer Studie zur Emotionsregulation entwickelt, nicht speziell für Krebspatienten. Der Fragebogen wird am Anfang und am Ende der Studie erhoben.

Der Fragebogen hat 10 Items, die auf einer siebenstufigen Skala (1 = „stimmt überhaupt nicht“ bis 7 = „stimmt vollkommen“) zu beantworten sind. Die Copingstrategie der Neubewertung (reappraisal)¹³ wird mithilfe von sechs Items und die Copingstrategie der Unterdrückung (suppression)¹⁴ mit vier Items erfasst.

Aus den Summenwerten der Skalen werden die jeweiligen Mittelwerte für die Neubewertung und Unterdrückung berechnet. Mit dem ERQ sollen im Rahmen der Untersuchung die Fähigkeiten der Emotionsregulation der Patienten sowie Veränderungen durch die Intervention erfasst werden. Gross beschreibt, dass Neubewertung und Unterdrückung auch vom Alter abhängig sind. Jüngere Probanden neigen eher zur Neubewertung als zur Unterdrückung (Urry & Gross, 2010).

Es ergeben sich zwischen allen Teilnehmern keine Unterschiede in Bezug auf die Neubewertung und Unterdrückung im ERQ zwischen Interventionsbeginn und -ende (vgl. Anhang, Tabelle 110).

¹³ „Reappraisal is defined as construing a potentially emotion-eliciting situation in nonemotional terms“ (Gross, 2002, S. 282)

¹⁴ „Suppression is defined as inhibition ongoing emotion-expressive behavior.“ (Gross, 2002, S. 283)

Response Styles Questionnaire (RSQ)

Der RSQ (deutsche Version von Kühner, Huffziger und Nolen-Hoeksema (2007)) dient der Erfassung von kognitiven und verhaltensmäßigen Bewältigungsstilen im Umgang mit depressiven und dysphorischen Stimmungen (vgl. Anhang, 8.4.9). Der Fragebogen wurde in der Mitte der Studie zum Testzeitpunkt t5 erhoben.

Der RSQ differenziert zwischen zwei verschiedenen Copingstilen: Rumination und Distraction. Unter Distraction verstehen die Autoren die Ablenkung von belastenden emotionalen Ereignissen oder den Wunsch nach Anerkennung durch andere, wenn die Patienten emotional belastenden Situationen ausgesetzt sind und Unterstützung benötigen. Die Distaktionsstrategie wird von den Autoren als Emotionsregulationsverfahren eher positiv bewertet. Dagegen versteht man unter Rumination Grübeln und die Gedankenausbreitung über das eigene Fehlverhalten (Selbstentwertung bei entsprechender Kausalattribution in einem emotional unbefriedigten Zustand). Diese Form der Rumination wird als selbstbezogen bezeichnet. Symptombezogenes Ruminieren ist auf die sich selbstverstärkende sensible Wahrnehmung der Krankheitssymptome ausgerichtet ohne direkten selbstbezogenen Kausalbezug.

Diese Copingstrategien wurden im RSQ-Fragebogen jeweils auf einer vierstufigen Skala (1 = „fast nie“ bis 4 = „fast immer“) erfasst. Die Distraction hat acht Items, die symptombezogene Rumination acht Items und die selbstbezogene Rumination sieben Items. Nach Anleitung werden zu den Summenskalen die Prozentränge ermittelt. In der Studie wurde die Kurzform von 23 Items verwendet.

Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV-LIS)

Der FKV (Muthny, 1989) dient zur Erfassung der Krankheitsbewältigung bzw. -verarbeitung (vgl. Anhang, 8.4.10). Dieser Fragebogen wurde nicht speziell für Krebspatienten entwickelt. Er wird in dieser Studie zum Anfang verwendet.

Der FKV besteht aus fünf Skalen: depressive Verarbeitung, aktives problemorientiertes Coping, Ablenkung und Selbstaufbau, Religiosität und Sinnsuche, Bagatellisierung und Wunschdenken. Die ersten vier Skalen haben jeweils fünf Items, Baga-

tellisieren und Wunschdenken nur drei. Die Items sind auf einer fünfstufigen Ratingskala (1 = „gar nicht“ bis 5 = „sehr stark“) zu beantworten. Ausgewertet werden die aus den Rohwerten ermittelten Mittelwerte der Skalen. Von den fünf Skalen des FKV haben wir nur die Items des aktivproblemorientierten Copings und die Items des depressiven Verarbeitens ausgewertet.

6.2.6 Pulsfrequenzmessung

Emotionen werden erlebnismäßig empfunden und verhaltensbezogen ausgedrückt. Neben unmittelbaren Handlungen auf emotionale Stimuli kommen psychophysiologische Reaktionen der Patienten zustande, die bewusst nicht unterdrückt werden können. Daher werden in der Emotionsforschung zur Beurteilung der Wirksamkeit emotionaler Reize psychophysiologische Reaktionen auf diese eingesetzt. In unserer Studie benutzen wir ein NeXus-4 des Herstellers Mind Media B.V. zur Erfassung der Pulsfrequenz, die vom Sympathikus der Patienten abhängig ist (je stärker die Erregung, umso höher ist die Pulsfrequenz). Das NeXus-4 ist ein tragbares batteriebetriebenes Gerät zur Messung verschiedener physiologischer Parameter. Es wird für Biofeedback, Neurofeedback und physiologisches Monitoring eingesetzt.

Nach der Aufnahme einer Baseline wird mit dem NeXus-4 die Pulsfrequenz während der Intervention bei der Gesprächstherapie und den Entspannungsübungen gemessen. Beurteilt wird die Pulsfrequenzdifferenz zwischen Anfang und Ende einer Interventionssitzung von Gesprächs- und Entspannungstherapiepatienten sowie die Veränderung der mittleren Pulsfrequenz zu den einzelnen Testzeitpunkten.

6.2.7 Betreuungsbedarf, Angst, Depression und Lebensqualität vor der Intervention

Vor Beginn der Untersuchung wurde bei den Patienten unserer Stichprobe ein umfangreiches Screening durchgeführt. Im Folgenden sollen die Besonderheiten unserer Stichprobe bei der Einschätzung des Betreuungsbedarfs, der Ausprägung der

Angst, Depression und der Lebensqualität dargestellt werden. Dabei wird die Abhängigkeit von folgenden Faktoren untersucht:

- den soziodemographischen Variablen (Geschlecht, Alter, Beruf, Partnerschaft und Kinder als Angehörige)
- dem Krankheitsbild (Tumorlokalisation, Metastasierung, Therapieform, Begleiterkrankungen)
- dem klinischen Funktionsstatus der Patienten
- den angewandten Copingstrategien

Die erhobenen Daten finden sich vollständig im Anhang, in Tabelle 63 bis Tabelle 66 und Tabelle 111.

6.2.7.1 Betreuungsbedarf

Wir betrachten die Abhängigkeit des erweiterten psychoonkologischen Betreuungsbedarfs von den einzelnen unabhängigen Variablen der Teilnehmerstichprobe.

Der psychoonkologische Betreuungsbedarf hängt vom Geschlecht ab. Frauen haben einen größeren erweiterten psychoonkologischen Betreuungsbedarf als Männer ($X^2(1)=6,34$; $p=0,017$; $\eta=0,078$). Patienten mit psychotherapeutischer Vorerfahrung sind initial stärker betreuungsbedürftig als Patienten, die zuvor nicht psychotherapeutisch behandelt wurden ($X^2(1)=4,50$; $p=0,046$; $\eta=0,25$). Alle übrigen untersuchten Variablen nehmen keinen signifikanten Einfluss auf den erweiterten psychoonkologischen Betreuungsbedarf der Patienten.

Verstärktes symptomorientiertes Ruminieren, laut RSQ, geht zu Beginn der Intervention mit einem erhöhten psychoonkologischen Betreuungsbedarf gemäß FBK-Kriterien ($r=0,379$, $N=81$ $p<0,05$) einher.

Das aktive problemorientierte Coping, laut FKV, korreliert mit dem Betreuungsbedarf nach den Kriterien des FBK zu Beginn der Untersuchung und stellt möglicherweise eine Herausforderung für die Krankheitsverarbeitung dar ($r=0,256$; $N=81$; $p<0,01$).

Es besteht ein statistisch gesicherter Zusammenhang zwischen der depressiven Verarbeitung laut FKV und dem psychoonkologischen Betreuungsbedarf festgestellt zu Beginn der Studie durch FBK-Kriterien ($r=0,408$; $N=81$; $p<0,01$).

6.2.7.2 Angst

Bei den Patienten mit einer erhöhten Angst (Cut-off Werte HADS ≥ 8) überwiegt der Anteil der Frauen signifikant den Anteil der Männer ($X^2(1)=11,40$; $p=0,002$; $\eta=0,373$). Patienten mit Psychotherapievorerfahrung haben ebenfalls erhöhte Angstwerte zu Beginn der Intervention verglichen mit Tumorpatienten ohne Psychotherapieerfahrung ($X^2(1)=5,40$; $p=0,046$; $\eta=0,274$).

Alle anderen soziodemographischen Variablen, die Aussagen zum Krankheitsbild und zum Funktionsstatus der Patienten, korrelieren nicht mit den Angstwerten.

Die Angst korreliert mit der depressiven Verarbeitung der Tumorpatienten zu Beginn der Intervention ($r=0,444$; $N=81$; $p<0,01$).

6.2.7.3 Depression

Depressive Frauen überwiegen die Anzahl der depressiven Männer zu Beginn unserer Untersuchung ($X^2(1)=9,43$; $p=0,003$; $\eta=0,339$). Der Anteil älterer depressiver Krebspatienten ist signifikant höher als der Anteil der jüngerer ($X^2(2)=7,39$; $p=0,025$; $\eta=0,295$). Der Tendenz nach sind Patienten mit Tumoren im oberen Gastrointestinaltrakt depressiver als Patienten mit Anal-, Rektum- und Kolonkarzinomen ($X^2(1)=4,51$; $p=0,053$; $\eta=0,235$). Keine Auffälligkeiten gibt es im Hinblick auf die anderen untersuchten unabhängigen Variablen.

Eine depressive Verarbeitung des Krankheitsgeschehens beeinflusst signifikant die Depressivität der Patienten zu Beginn der Intervention ($r=0,352$; $N=81$; $p<0,01$).

6.2.7.4 Globale Lebensqualität

Die globale Lebensqualität nach EORTC QLQ-C30 ist bei den Frauen zu Beginn der Studie signifikant schlechter als die Lebensqualität der Männer ($F(1,82)=8,34$;

$p=0,005$; $\eta=0,097$). Bei Patienten mit einer Tumorerkrankung im oberen Gastrointestinaltrakt ist die Lebensqualität schlechter als bei Patienten mit Tumorerkrankungen im Bereich des unteren Gastrointestinaltrakt ($F(1,82)=4,38$; $p=0,039$; $\eta=0,063$). Die Lebensqualität unserer Patienten hängt jedoch nicht vom Alter, vom sozialen Status und von der Ausprägung des Krankheitsbildes einschließlich ihres eingeschränkten Funktionsstatus ab.

6.3 Hypothesen

6.3.1 Hypothese 1

H1 Durch die psychoonkologische Intervention (Gespräch, PMR, Information) verringern sich der Betreuungsbedarf (H1a), die Angst (H1b) und die Depression (H1c) der Tumorpatienten. Es finden sich verlaufs- und interventionsbezogene Unterschiede. Durch die psychoonkologische Intervention verbessert sich die Lebensqualität (H1d) der Patienten. Die Interventionseffekte spiegeln sich auch in einer Verminderung der Pulsfrequenz wider (H1e).

6.3.2 Hypothese 2

H2 Die Verminderung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs (H2a), der Angst (H2b), der Depression (H2c) und die Verbesserung der Lebensqualität (H2d) durch die Intervention hängen vom Geschlecht, vom Krankheitsstatus, von der Tumorlokalisation und vom Funktionszustand der Patienten ab.

6.3.3 Hypothese 3

H3a Patienten, die emotionale Ereignisse eher Neubewerten als unterdrücken, gemessen mit dem ERQ, weisen im Längsschnittvergleich einen geringeren Betreuungsbedarf, geringere Angst- und Depressionswerte auf und haben eine bessere Lebensqualität.

H3b Die Distraction, erfasst im RSQ, vermindert den Betreuungsbedarf, die Angst, die Depression und verbessert die Lebensqualität der Patienten. Selbstbezo-

genes Ruminieren hat keinen Einfluss auf den Betreuungsbedarf, die Angst, Depression und die Lebensqualität. Der Copingstil des symptomorientierten Ruminierens erhöht den Betreuungsbedarf, verstärkt die Angst sowie die Depression der Patienten und reduziert die Lebensqualität.

H3c Aktives problemorientiertes Copingverhalten, beurteilt mit dem FKV, vermindert den Betreuungsbedarf, reduziert sowohl die Angst als auch Depression und verbessert die Lebensqualität der Patienten. Eine depressive Krankheitsverarbeitung erhöht den Betreuungsbedarf, verstärkt die Angst, die Depression und verschlechtert die Lebensqualität.

6.4 Statistische Auswertung

Zur statistischen Auswertung wurden neben den bereits beschriebenen Tests (vgl. Abschnitt 4.2.3) weitere Verfahren zur Verlaufsanalyse von Betreuungsbedarf, Angst, Depression, Lebensqualität und Pulsfrequenz eingesetzt.

Durch die Randomisierung der Gruppenzugehörigkeit sollte eine homogene Verteilung der relevanten Merkmale in den einzelnen Gruppen (Gespräch, Entspannung und Information) vor Beginn der Studie erreicht werden. Die diesbezügliche Güte der Gleichverteilung wurde entsprechend dem Skalenniveau der Daten durch Homogenitätsprüfungen analog zu den im Folgenden beschriebenen Abhängigkeitsprüfungen bestimmt. Sie bezog sich auf die Verteilung der demographischen Merkmale, der krankheits- und therapiebedingten Faktoren und auf die Interventionsgruppen.

Wurden an einer Stichprobe mehrere Tests durchgeführt, erfolgte eine Adjustierung des Signifikanzniveaus mit der Methode nach Bonferroni. Zur Verlaufsanalyse der Variablen Angst, Depression und Lebensqualität wurden t-Tests für gepaarte Stichproben eingesetzt. Waren Untersuchungen mit nichtparametrischen Tests notwendig, wurde der McNemar-Test für verbundene Stichproben zur Überprüfung von Veränderungen verwendet.

Für die Beurteilung der Veränderung des Betreuungsbedarfs, der Angst und der Depression zwischen der Ausgangssituation und dem Ende der Untersuchung,

wurden die Patienten dichotomisiert. Es erfolgte eine Einteilung in angstfreie ($\text{HADS-A} < 8$) und angstbehaftete ($\text{HADS-A} \geq 8$), in nicht depressive ($\text{HADS-D} < 8$) und depressive ($\text{HADS-D} \geq 8$), sowie in nicht betreuungsbedürftige und betreuungsbedürftige (nach dem erweiterten psychoonkologischen Betreuungsbedarf) Patienten.

Bei der Beurteilung der Lebensqualität existieren keine Cut-Off-Werte, daher wurde davon ausgegangen, dass sich eine Verschlechterung der Lebensqualität in einer Verminderung ihrer Intervallskalenwerte zwischen Anfang und Ende der Intervention widerspiegelt. Umgekehrt zeigt sich eine Verbesserung der Lebensqualität in einer Erhöhung der erfassten Intervallskalenwerte durch die Intervention.

Es wurden Korrelationskoeffizienten nach Spearman zwischen den Variablen für die Copingstrategien und den Variablen für die Veränderung von Betreuungsbedarf, Angst, Depression und Lebensqualität der Tumorpatienten bestimmt.

Eine Weiterentwicklung der traditionellen Regressionsmodelle stellt die Mehrebenenanalyse dar. Sie geht davon aus, dass Messwerte von Personen und von ihrer Gruppenzugehörigkeit abhängig sind. Effekte auf der Gruppenebene dürfen nicht auf die Personenebene übertragen werden, da Personen und Gruppen auf einem hierarchisch unterschiedlichen Level angesiedelt sind. Man nimmt an, dass Messwertdifferenzen innerhalb einer Person geringer sind als Messwertdifferenzen zwischen den Personen – vor allem wenn sie unterschiedlichen Gruppen (einem anderen Level) angehören. Die in den klassischen Regressionsmodellen unterstellte Annahme einer voneinander unabhängigen Fehlervarianz bei Personen, die in Gruppen verschachtelt sind, führt somit zu statistischen Fehlschlüssen, die durch die Anwendung einer Mehrebenenanalyse vermieden werden.

Mehrebenenmodelle ermöglichen die gleichzeitige und unabhängige Berücksichtigung von Prädiktoren (Regressionsgewichte) auf unterschiedlichen Analyseebenen. In den Modellen der Mehrebenenanalyse mit festen Effekten werden die Level der bezogenen Regressionsgewichte als Konstanten ermittelt. In den Modellen mit zufälligen Effekten werden die Varianzanteile der einzelnen Ebenen differenziert personen- und gruppenbezogen geschätzt.

Mehrebenenanalysen sind dann geeignet, wenn bei vorliegender Messung auf verschiedenen Ebenen Daten fehlen. In unserer Arbeit benutzten wir ein Mehrebenenmodell ohne Prädiktoren (Nullmodell). Die Messungen in diesem Modell wurden zu 10 Testzeitpunkten (t3-t12) der Untersuchung (Level 1) vorgenommen und auf die 82 Patienten (Level 2), die in den drei Interventionsgruppen verschachtelt waren, bezogen (Schmitz, 1987; Engel, 1998; Langer, 2004).

Zur Prüfung der Hypothese 1 wurden neben der explorativen Auswertung auch X^2 -Analysen, Varianzanalysen sowie Mehrebenenanalysen durchgeführt. Die Hypothese 2 wurde mithilfe der X^2 -Analyse und der Varianzanalyse statistisch geprüft. Varianzanalysen und Korrelationsverfahren wurden bei der Prüfung der Hypothese 3 angewendet.

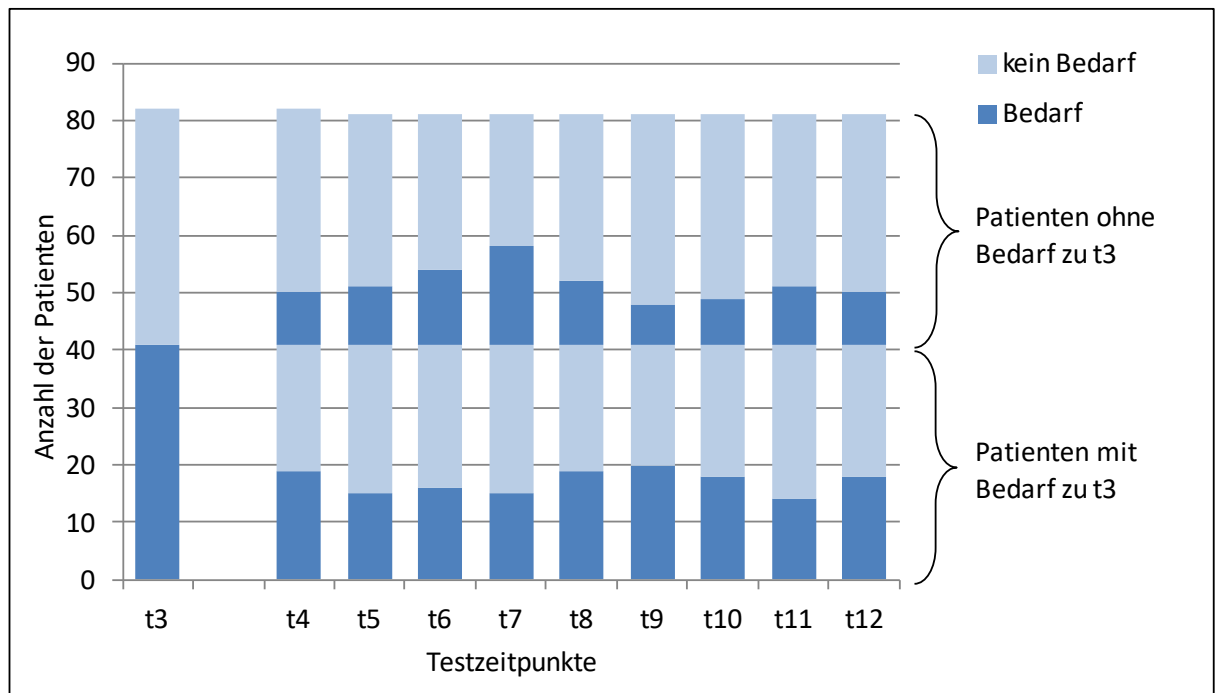
6.5 Ergebnisdarstellung

6.5.1 Hypothese 1a

H1a Durch die psychoonkologische Intervention verringert sich der Betreuungsbedarf der Patienten, dabei zeigen sich verlaufs- und interventionsbezogen Unterschiede.

Im Längsschnittvergleich ergeben sich keine Veränderungen im erweiterten psychoonkologischen Betreuungsbedarf, in der HADS und der PO-Bado zwischen Beginn und Ende der Untersuchung (vgl. Anhang Tabelle 67, Tabelle 68, Tabelle 69, Tabelle 70 und Tabelle 71). Eine signifikante Abnahme des eingeeengten Betreuungsbedarfs (erfasst in allen drei Testverfahren HADS, PO-Bado und FBK) fand sich am Ende der Untersuchung ($X^2(1)=5,250$; $p=0,037$; $\eta=0,179$). In der Tendenz konnte gezeigt werden, dass Tumorpatienten, bei denen zu Beginn ein psychoonkologischer Betreuungsbedarf im FBK diagnostiziert wurde, diesen zum Ende der Intervention eher verlieren ($X^2(1)=3,084$; $p=0,11$; $\eta=0,137$).

Die Veränderung des Betreuungsbedarfs durch die Intervention erfolgt in zwei Richtungen. Der Betreuungsbedarf kann abnehmen (relativ häufiger) oder er kann sich im Verlauf der Untersuchung erst einstellen (Abbildung 13).

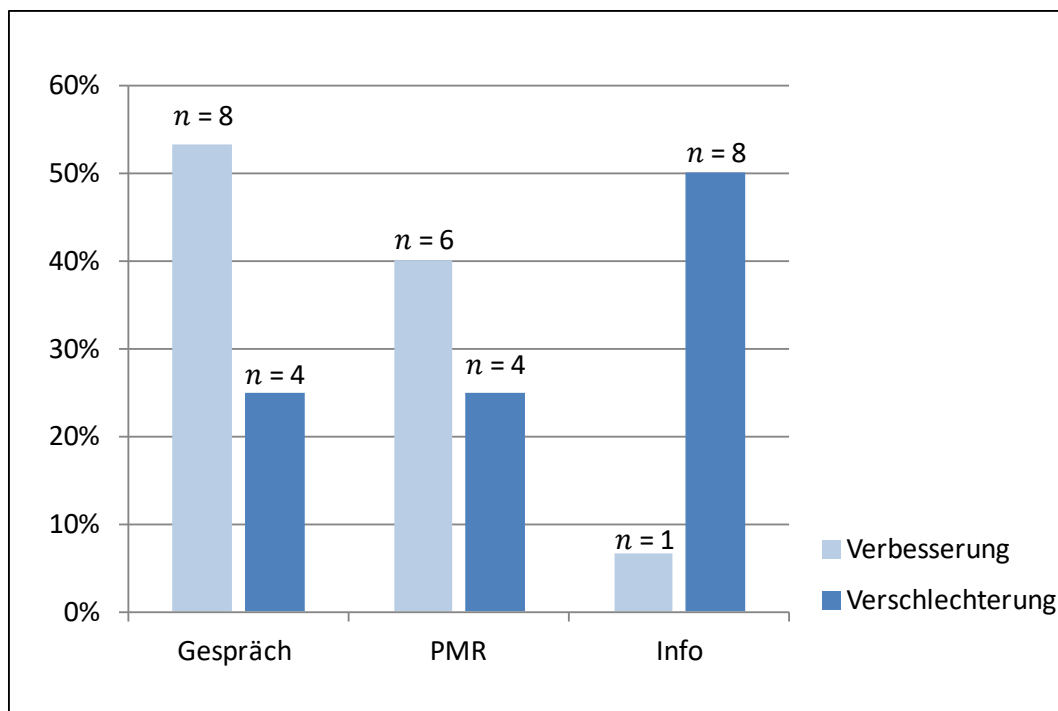


Zum Testzeitpunkt t3 hatten 41 Patienten einen psychoonkologischen Betreuungsbedarf und 41 Patienten hatten keinen Bedarf. Dargestellt ist die Verschiebung des Bedarfs innerhalb dieser beiden Gruppen zu den folgenden Testzeitpunkten, jeweils in Bezug auf t3.

Abbildung 13 Veränderung des Betreuungsbedarfs zu verschiedenen Testzeitpunkten

Bei der deskriptiven Beschreibung der Veränderung des Betreuungsbedarfs im Verlauf der Untersuchung ist bemerkenswert, dass zum Zeitpunkt t7 mehr Patienten aus der Gruppe der initial Nichtbehandlungsbedürftigen nun behandlungsbedürftig erscheinen ($n=17$) als Patienten, die zu Beginn betreuungsbedürftig waren, und dies auch bis zum t7 geblieben sind ($n=15$). Andererseits ist der Anteil derjenigen Patienten höher die zum Testzeitpunkt t7 ihren Betreuungsbedarf verloren haben ($n=26$) im Vergleich zu der Anzahl der Patienten, die ohne psychoonkologischen Betreuungsbedarf von Anfang an geblieben sind ($n=23$).

Sowohl durch die Gesprächstherapieform als auch durch die progressive Muskelrelaxation kommt es häufiger zu einer Verminderung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs nach der PO-Bado, während dieser in der Informationsgruppe ansteigt (Abbildung 14).



Die Kontingenztafel zeigt signifikante Unterschiede in Bezug auf die Interventionsgruppen ($\chi^2(2)=7,153$; $p=0,028$).

Für Datenbasis vgl. Anhang, Tabelle 72.

Abbildung 14 Veränderung des Betreuungsbedarfs (PO-Bado) in Bezug auf die Interventionsgruppen

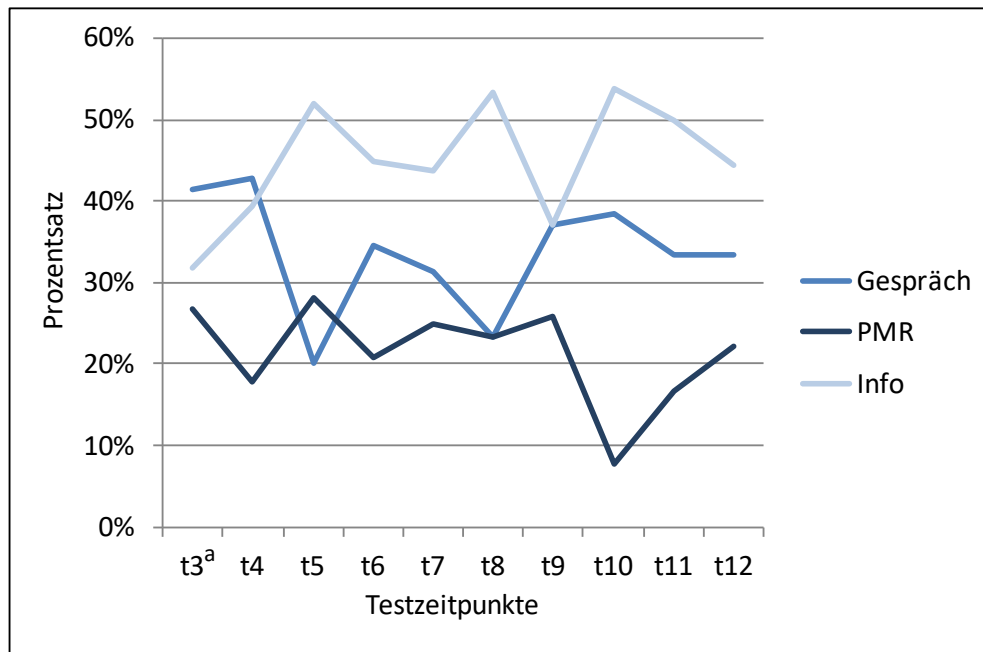
Wird anhand der PO-Bado-Kriterien nach der psychischen und somatischen Belastungsform differenziert, so zeigt sich im Mittelwertvergleich der Längsschnittuntersuchung der Gesprächsgruppenpatienten, dass sich nur die psychische Belastung der Betreuungsbedürftigen vermindert (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 13 Veränderung der psychischen Belastung im Verlauf nach den Interventionsgruppen (t-Test).

		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Gespräch	Studienbeginn	12	7,50	4,458	0,001
	Studienende	12	2,08		
	Studienbeginn	8	8,00	1,567	0,161
	Katamnese	8	4,63		
PMR	Studienbeginn	10	3,70	-0,439	0,671
	Studienende	10	4,20		
	Studienbeginn	6	4,33	-0,781	0,470
	Katamnese	6	6,50		
Info	Studienbeginn	9	5,00	-0,859	0,415
	Studienende	9	6,56		
	Studienbeginn	6	4,17	1,513	0,191
	Katamnese	6	2,67		

Für vollständige Details vgl. Anhang, Tabelle 113.

Bezogen auf den Verlauf des Betreuungsbedarfs zeigt die Gesprächsgruppe zwischen den Zeitpunkt t4 und t5 einen tendenziellen Abfall des Betreuungsbedarfs ($p=0,065$), in der PMR-Gruppe fällt der Betreuungsbedarf erst zwischen t9 und t10 der Tendenz nach ab ($p=0,063$) (vgl. Abbildung 15).



^a Es liegt kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen in der Ausgangslage zum Testzeitpunkt t3 vor.

Abbildung 15 Entwicklung des Betreuungsbedarfs im Verlauf (PO-Bado) innerhalb der Interventionsgruppen

Zusammenfassung

Die Hypothese 1a kann nur bedingt unterstützt werden. Die Verminderung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs ist bei den Patienten, die entweder eine Gesprächs- oder Entspannungstherapie erhielten, gegenüber den Patienten der Informationsgruppe statistisch signifikant. Verlaufsbezogene Unterschiede im Betreuungsbedarf deuten sich in der Gesprächsgruppe zu Beginn der Intervention, in der Entspannungsgruppe am Ende der Intervention an. In der Mitte der Intervention finden sich sowohl in Richtung Zunahme als auch Abnahme des Betreuungsbedarfs deutliche Unterschiede im Vergleich zur Ausgangssituation.

6.5.2 Hypothese 1b

H1b Durch die psychoonkologische Intervention verringern sich die Angstwerte der Patienten, dabei zeigen sich verlaufs- und interventionsbezogene Unterschiede.

Durch die psychoonkologische Intervention verringern sich in unserer Stichprobe, die durch die HADS erfassten Angstwerte signifikant ($t(80)=3,437$; $p=0,001$). Jedoch kommt es katamnestisch bei den Patienten mit einer Reduktion der Angst zu einem Wiederanstieg derselben, so dass nur ein kurzanhaltender Effekt vorliegen dürfte ($t(47)=-2,123$; $p=0,039$) (vgl. Tabelle 14).

Tabelle 14 Angst im Testzeitpunktvergleich (t-Test)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Studienbeginn	81	6,47	3,437	0,001
Studienende	81	5,19		
Studienbeginn	48	6,31	1,549	0,128
Katamnese	48	5,56		
Studienende	48	4,69	-2,123	0,039
Katamnese	48	5,56		

Für vollständige Details vgl. Anhang, Tabelle 73.

Werden die Patienten nach den HADS-Kriterien ($HADS \geq 8$; $n=27$) beziehungsweise nach den PO-Bado Kriterien ($n=26$) in hoch ängstliche beziehungsweise in betreuungsdürftige Patienten eingeteilt, so zeigen sich im Längsschnittvergleich langanhaltende Effekte der Angstreduktion bei den stärker belasteten Patienten (vgl. Tabelle 15).

Tabelle 15 Veränderung der Angst bei ängstlichen und betreuungsbedürftigen Patienten im Testzeitpunktvergleich (t-Test)

		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Angst zu Beginn der Untersuchung ≥ 8	Studienbeginn	28	10,43	4,748	0
	Studienende	28	7,54		
	Studienbeginn	17	10,35	5,274	0
	Katamnese	17	7,35		
betreuungsbedürftige Patienten zu Beginn der Untersuchung (PO-Bado)	Studienbeginn	27	8,52	3,852	0,001
	Studienende	27	6,07		
	Studienbeginn	14	9,79	3,565	0,003
	Katamnese	14	7,29		

Für vollständige Details vgl. Anhang, Tabelle 74 und Tabelle 75.

Bezogen auf die Interventionsgruppen fanden wir, dass bei angstbehafteten Patienten ($HADS \geq 8$; $n=28$) in der Gesprächsgruppe kurzfristige und in der PMR- sowie Info-Gruppe langfristige Effekte einer Angstreduktion auftraten (vgl. Tabelle 16).

Tabelle 16 Veränderung der Angst bei angstbehafteten Patienten ($HADS \geq 8$; $n=28$) innerhalb der Interventionsgruppen im Testzeitpunktvergleich (t-Test)

		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Gespräch	Studienbeginn	12	10,25	2,321	0,040
	Studienende	12	8,25		
	Studienbeginn	8	10,75	1,986	0,087
	Katamnese	8	9		
PMR	Studienbeginn	6	12,17	2,621	0,047
	Studienende	6	8,67		
	Studienbeginn	4	11	3,363	0,044
	Katamnese	4	7,5		
Info	Studienbeginn	10	9,6	3,221	0,010
	Studienende	10	6		
	Studienbeginn	5	9,2	9,021	0,001
	Katamnese	5	4,6		

Für vollständige Details vgl. Anhang, Tabelle 76 und Tabelle 77.

Nach den Kriterien des PO-Bados reduzierten betreuungsbedürftige Patienten kurzfristig in der Gesprächsgruppe und langfristig in der PMR-Gruppe ihre Angst auf signifikanten Niveau (vgl. Tabelle 17).

Tabelle 17 Veränderung der Angst bei betreuungsbedürftigen Patienten (PO-Bado; $n=27$) innerhalb der Interventionsgruppen (Gespräch- und PMR-Gruppe) im Testzeitpunktvergleich (t-Test)

		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Gespräch	Studienbeginn	11	9,18	2,448	0,034
	Studienende	11	6,82		
	Studienbeginn	8	10,00	1,256	0,250
	Katamnese	8	8,75		
PMR	Studienbeginn	10	8,60	2,438	0,037
	Studienende	10	6,30		
	Studienbeginn	3	10,00	6,928	0,020
	Katamnese	3	6,00		

Für vollständige Details vgl. Anhang, Tabelle 78 und Tabelle 79.

Zwischen den einzelnen Interventionszeitpunkten finden sich in der Mehrebenenanalyse jedoch keine statistisch gesicherten Verlaufsänderungen in den Angstwerten (vgl. Anhang, Tabelle 80).

Zusammenfassung

Die Hypothese 1b einer Angstverminderung durch die Intervention kann bei allen Tumorkranken gestützt werden. Betreuungsbedürftige Patienten der Informationsgruppe erleben jedoch keine Reduktion der Angstwerte. Die Angstreduktion ist bei Patienten mit hohen Angstwerten sowie bei bestehendem Betreuungsbedarf in der Gesprächs- und Entspannungsgruppe besonders ausgeprägt.

6.5.3 Hypothese 1c

H1c Durch die psychoonkologische Intervention vermindert sich die Depression der Patienten, dabei zeigen sich verlaufs- und interventionsbezogene Unterschiede.

In unserer Stichprobe verringern sich die in der HADS erfassten Depressionswerte durch die Intervention nicht (vgl. Tabelle 18).

Tabelle 18 Depression im Testzeitpunktvergleich (t-Test)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Studienbeginn	81	5,84	0,400	0,690
Studienende	81	5,69		
Studienbeginn	48	5,15	0,584	0,562
Katamnese	48	4,88		
Studienende	48	4,83	-0,090	0,929
Katamnese	48	4,88		

Für vollständige Details vgl. Anhang, Tabelle 81.

Werden die Patienten nach den HADS-Kriterien in hochdepressiven ($HADS \geq 8$) Patienten eingeteilt, so zeigten sich langanhaltende Effekte der Depressionsreduktion. Bei einer Einteilung in betreuungsbedürftige Patienten anhand der PO-Bado Kriterien konnten nur kurzfristige Effekte der Depressionsreduktion durch die Intervention gefunden werden (vgl. Tabelle 19).

Tabelle 19 Veränderung der Depression bei ängstlichen und betreuungsbedürftigen Patienten im Testzeitpunktvergleich (t-Test)

		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Depression zu Beginn der Untersuchung ≥ 8	Studienbeginn	25	9,80	2,454	0,022
	Studienende	25	8,28		
	Studienbeginn	10	9,60	4,118	0,003
	Katamnese	10	6,80		
betreuungsbedürftige Patienten zu Beginn der Untersuchung (PO-Bado)	Studienbeginn	27	2,953	3,741	0,001
	Studienende	27	3,471		
	Studienbeginn	14	3,06	1,836	0,089
	Katamnese	14	2,898		

Für vollständige Details vgl. Anhang, Tabelle 82 und Tabelle 83.

Die Depressionswerte fielen in der Informationsgruppe im Längsschnittvergleich bei depressionsbehafteten Patienten signifikant ab. In der Gesprächsgruppe wurde eine tendenzielle Verminderung der Depressionswerte bei dieser Gruppe beobachtet, während die Depression in der PMR-Gruppe durch die Intervention unbeeinflusst blieb (vgl. Tabelle 20).

Tabelle 20 Veränderung der Depression bei depressionsbehafteten Patienten (HADS ≥ 8) innerhalb der Interventionsgruppen im Testzeitpunktvergleich (t-Test)

		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Gespräch	Studienbeginn	9	10,67	2,095	0,069
	Studienende	9	9,22		
	Studienbeginn	5	10,80	1,863	0,136
	Katamnese	5	8,40		
PMR	Studienbeginn	9	8,89	0,679	0,516
	Studienende	9	7,89		
	Studienbeginn	3	8,33	3,000	0,095
	Katamnese	3	5,33		
Info	Studienbeginn	7	9,86	2,562	0,043
	Studienende	7	7,57		
	Studienbeginn	2	8,50	7,000	0,090
	Katamnese	2	5,00		

Für vollständige Details vgl. Anhang, Tabelle 84 und Tabelle 85.

Nach der PO-Bado betreuungsbedürftiger Patienten verminderten sich kurzfristig ihre Depressionswerte in der Gesprächs- und PMR-Gruppe durch die Intervention signifikant. Eine langfristige Verminderung der Depression Betreuungsbedürftiger konnte auch in der Informationsgruppe gefunden werden (vgl. Tabelle 21).

Tabelle 21 Veränderung der Depression bei betreuungsbedürftigen Patienten (PO-Bado) innerhalb der Interventionsgruppen im Testzeitpunktvergleich (t-Test)

		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Gespräch	Studienbeginn	11	9,55	2,219	0,051
	Studienende	11	8,27		
	Studienbeginn	8	9,00	0,296	0,776
	Katamnese	8	8,63		
PMR	Studienbeginn	10	7,50	2,067	0,069
	Studienende	10	5,40		
	Studienbeginn	3	7,67	3,000	0,095
	Katamnese	3	4,67		
Info	Studienbeginn	6	8,00	2,803	0,038
	Studienende	6	6,17		
	Studienbeginn	3	6,33	5,196	0,035
	Katamnese	3	3,33		

Für vollständige Details vgl. Anhang, Tabelle 86 und Tabelle 87.

Die erfassten Depressionswerte unterliegen in der Mehrebenenanalyse keiner besonderen Verlaufscharakteristik, unabhängig von der Interventionsform (vgl. Anhang, Tabelle 88).

Zusammenfassung

Die Ergebnisse der Studie stützen die Hypothese 1c nur für auffällig depressive und betreuungsbedürftige Tumorkpatienten (Cut-off >8). Die Entspannungstherapie vermindert nicht die Depressionswerte der Patienten. In diesem Punkt muss die Hypothese verworfen werden.

6.5.4 Hypothese 1d

H1d Durch die psychoonkologische Intervention verbessert sich die globale Lebensqualität der Patienten.

Bei 36 Patienten Tumorkpatienten verschlechterte sich die Lebensqualität durch die Intervention, nur bei 28 Patienten konnte die Lebensqualität verbessert werden. 18 Patienten erlebten keine Veränderung der Lebensqualität während der Intervention (Tabelle 22).

Tabelle 22 Veränderung der Lebensqualität

	<i>n</i>	%
keine Änderung	18	22,0%
Verbesserung	28	34,1%
Verschlechterung	36	43,9%
Gesamt	82	100,0%

Werden die Patienten nach den Interventionsgruppen differenziert, so zeigt sich, dass bei Tumorpatienten in der Informationsgruppe, die keine weitere psychoonkologische Betreuung erhalten, es eher zu einer Verschlechterung der globalen Lebensqualität kommt (vgl. Tabelle 23).

Tabelle 23 Kontingenztabelle zur Entwicklung der Lebensqualität in Bezug auf die Interventionsgruppen

		Gespräch	PMR	Info	X^2	<i>p</i>
keine Änderung	<i>n</i>	9	3	6	8,299	0,081
	%	50,0%	16,7%	33,3%		
Verbesserung	<i>n</i>	10	12	6		
	%	35,7%	42,9%	21,4%		
Verschlechterung	<i>n</i>	8	11	17		
	%	22,2%	30,6%	47,2%		

Für vollständige Details vgl. Anhang, Tabelle 89.

Patienten, die eine Verbesserung ihrer Angstwerte erleben, haben am Ende der Intervention eine höhere Lebensqualität als Patienten, die keine Angstreduktion zeigen (vgl. Tabelle 24).

Tabelle 24 Mittelwertvergleich der Auswirkung einer im Verlauf verringerten Angst auf die Lebensqualität

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Verbesserung	14	55,953	5,838	0,027
Verschlechterung	5	30,000		

Für vollständige Details vgl. Anhang, Tabelle 90.

Zusammenfassung

Die Hypothese 1d, wonach sich durch die psychoonkologische Betreuung die Lebensqualität verbessert, muss verworfen werden. Insbesondere bei den Patienten der Informationsgruppe tritt eine tendenzielle Verschlechterung der Lebensqualität ein.

6.5.5 Hypothese 1e

H1e Die Pulsfrequenz der Tumorklienten verringert sich innerhalb des Verlaufs einer Therapiesitzung und sie verringert sich zwischen Anfang und Ende der Intervention.

Aufgrund des Pulsfrequenzvergleichs zwischen Beginn und Ende einer Interventionssitzung zeigt sich in der Gesprächsgruppe eine signifikante Abnahme der Pulsfrequenz während in der Entspannungsgruppe keine Verminderung der Pulsfrequenz während der Interventionssitzung nachzuweisen ist (vgl. Tabelle 25).

Tabelle 25 Veränderung der Pulsfrequenz während der Gesprächs- und Entspannungstherapiesitzungen

		keine Zunahme	Zunahme	Gesamt	McNemar	<i>p</i>
Gesprächssitzungen						
keine Abnahme	<i>n</i>	67	113	180	5,993	0,014
	%	37,2%	62,8%	100,0%		
Abnahme	<i>n</i>	154	0	154		
	%	100,0%	0,0%	100,0%		
Entspannungssitzungen						
keine Abnahme	<i>n</i>	79	161	240	0,028	0,868
	%	32,9%	67,1%	100,0%		
Abnahme	<i>n</i>	165	0	165		
	%	100,0%	0,0%	100,0%		

Für vollständige Details vgl. Anhang, Tabelle 91 und Tabelle 92.

Zwischen Anfang und Ende der Intervention verändert sich die Pulsfrequenz weder in der Gesprächs- noch in der Entspannungsgruppe (vgl. Tabelle 26).

Tabelle 26 Pulsfrequenzverhalten bzgl. der Interventionsgruppen im Längsschnittvergleich (Varianzanalyse)

		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Pulsfrequenz zu Beginn der Intervention	Gespräch	21	100,48	4,168	0,048
	PMR	23	108,65		
Pulsfrequenz am Ende der Intervention	Gespräch	20	102,85	0,084	0,774
	PMR	22	104,14		

Für vollständige Details vgl. Anhang, Tabelle 93.

Zusammenfassung

Die Hypothese 1e kann nur in Bezug auf die Patienten in der Gesprächsgruppe und nur innerhalb des Verlaufs der Therapiesitzung gestützt werden.

Zusammenfassung der Hypothese 1 a-e

Es konnte gezeigt werden, dass beide Interventionsformen (Gespräch und PMR) eine positive Entwicklung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs (PO-Bado) bewirken, während dieser in der Informationsgruppe über die Zeit sogar ansteigt. Ausschließlich die Gesprächsintervention führt zu einer Reduktion der psychischen Belastung.

Nennenswert ist, dass selbst die reine Informationsvermittlung bei stark depressiven Patienten eine Verringerung der Depressionswerte bewirkt, während dies sich nur tendenziell in der Gesprächsgruppe findet. Keine der Interventionsformen kann die Lebensqualität der Patienten signifikant verbessern, bei den Patienten der Informationsgruppe verschlechtert sich jedoch sogar signifikant. Während der Gesprächssitzungen konnte eine signifikante Reduktion der Pulsfrequenz beobachtet werden (Tabelle 27).

Tabelle 27 Übersicht über signifikante Veränderungen zwischen Beginn und Ende der Intervention

		Gesamt	Gespräch	PMR	Info
Betreuungsbedarf	Betreuungsbedarf (PO-Bado)	↓	↓	↓	↑
	psychische Belastung (PO-Bado)	—	↓	—	—
Angst (HADS)	alle Patienten	↓	—	—	—
	stark ängstliche Patienten	↓	↓	↓	↓
	betreuungsbedürftige Patienten (PO-Bado)	↓	↓	↓	—
Depression (HADS)	alle Patienten	—	—	—	—
	stark depressive Patienten	↓	(↓)	—	↓
	betreuungsbedürftige Patienten (PO-Bado)	↓	↓	↓	↓
Lebensqualität (EORTC QLQ-C30)	globale Lebensqualität	—	—	—	(↓)
Pulsfrequenz	innerhalb einer Sitzung		↓	—	

↓ = signifikante Abnahme

(↓) = tendenzielle Abnahme

↑ = signifikante Zunahme

— = keine signifikante Änderung

6.5.6 Hypothese 2a

H2a Die Verminderung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs durch die Intervention hängt vom Geschlecht, vom Krankheitsstatus, von der Tumorlokalisation und vom Funktionszustand der Patienten ab.

Männer verringern ihren erweiterten psychoonkologischen Betreuungsbedarf durch die Intervention häufiger als Frauen. Patienten mit Tumoren im oberen Gastrointestinaltrakt geben im FBK tendenziell eine Zunahme und Patienten mit eingeschränktem Funktionszustand tendenziell eine Abnahme durch die Intervention an (vgl. Tabelle 28).

Tabelle 28 Kontingenztabelle zur Veränderung des erweiterten Betreuungsbedarfs in Bezug auf das Geschlecht, Diagnosegruppe und Funktionsstatus

			keine Änderung	Verbes- serung	Verschlech- terung	X^2	p
Geschlecht	Männlich	<i>n</i>	25	14	11	6,488	0,039
		%	50,0%	28,0%	22,0%		
	Weiblich	<i>n</i>	25	4	3		
		%	78,1%	12,5%	9,4%		
Diagnosegruppe	obere Gastro	<i>n</i>	20	11	7	5,758	0,056
		%	52,6%	28,9%	18,4%		
	untere Gastro	<i>n</i>	33	9	2		
		%	75,0%	20,5%	4,5%		
Funktionsstatus	normale Aktivität	<i>n</i>	32	13	9	5,38	0,068
		%	59,3%	24,1%	16,7%		
	eingeschränkt	<i>n</i>	21	7	0		
		%	75,0%	25,0%	0,0%		

Für vollständige Details vgl. Anhang, Tabelle 94, Tabelle 97 und Tabelle 98.

Zusammenfassung

Die Hypothese 2a kann für männliche Patienten und eher für Patienten mit eingeschränktem Funktionszustand gestützt werden. In Bezug auf die Diagnosegruppen und im Hinblick auf den Krankheitsstatus muss die Hypothese verworfen werden. Bei Patienten mit einem Tumor im oberen Gastrointestinaltrakt erhöht sich während der Intervention der ihr Betreuungsbedarf tendenziell.

6.5.7 Hypothese 2b

H2b Die Verminderung der Angst durch die Intervention hängt vom Geschlecht, vom Krankheitsstatus, von der Tumorlokalisation und vom Funktionszustand der Patienten ab.

Es finden sich keine statistisch signifikanten Veränderungen der Angstwerte durch die Intervention in Abhängigkeit vom Geschlecht, vom Krankheitsstatus, von der Tumorlokalisation und vom Funktionszustand der Patienten. Die Hypothese 2b muss daher abgelehnt werden.

6.5.8 Hypothese 2c

H2c Die Verminderung der Depression durch die Intervention hängt vom Geschlecht, vom Krankheitsstatus, von der Tumorlokalisation und vom Funktionszustand der Patienten ab.

Frauen vermindern im Vergleich zu Männern in signifikant größeren Umfang ihre Depressionswerte während der Intervention (vgl. Tabelle 29).

Tabelle 29 Kontingenztafel der Depressionsveränderungen in Bezug auf das Geschlecht

		keine Änderung	Verbesserung	Verschlechterung	X^2	p
männlich	<i>n</i>	42	2	6	8,838	0,012
	%	84,0%	4,0%	12,0%		
weiblich	<i>n</i>	19	8	5		
	%	59,4%	25,0%	15,6%		

Für vollständige Details vgl. Anhang, Tabelle 95.

Zusammenfassung

Die Hypothese 2c kann in Bezug auf die Verminderung der Depressionswerte nur bei den weiblichen Patienten bestätigt werden. Diagnosegruppen, Tumorstadium, Krankheits- und Funktionsstatus haben keinen Einfluss auf die Depressionswerte.

6.5.9 Hypothese 2d

H2d Die Verbesserung der Lebensqualität durch die Intervention hängt vom Geschlecht, vom Krankheitsstatus, von der Tumorlokalisation und vom Funktionszustand der Patienten ab.

Bei Nachweis eines Zweittumors geben die Patienten eine deutliche Verschlechterung ihrer Lebensqualität an (vgl. Tabelle 30).

Tabelle 30 Kontingenztafel der Lebensqualitätsveränderungen in Bezug auf den Krankheitsstatus

		keine Änderung	Verbesserung	Verschlechterung	X^2	p
Ersterkrankung	<i>n</i>	16	24	24	11,723	0,020
	%	25,0%	37,5%	37,5%		
Rezidiv	<i>n</i>	2	3	2		
	%	28,6%	42,9%	28,6%		
Zweittumor	<i>n</i>	0	1	10		
	%	0,0%	9,1%	90,9%		

Für vollständige Details vgl. Anhang, Tabelle 96.

Zusammenfassung

Die Hypothese 2d muss abgelehnt werden. Insbesondere verschlechtert sich die Lebensqualität bei Patienten mit einem Zweittumor. Auf die Veränderung der Lebensqualität durch die Intervention haben Geschlecht, Tumorlokalisation und Funktionszustand keinen Einfluss.

Zusammenfassung der Hypothese 2

Die Veränderungen des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs und der Depression hängen von ihrem Ausgangswert und vom Geschlecht der Patienten ab. Die Lebensqualität der Tumorpatienten wird durch die Intervention nicht beeinflusst. Sie sinkt jedoch bei Patienten mit einer Zweittumorerkrankung (Tabelle 31).

Bestehende Begleitkrankheiten, das Alter der Patienten, das Behandlungsziel sowie die Metastasierung haben weder einen Einfluss auf die Veränderung des erweiterten psychoonkologischen Betreuungsbedarfs noch auf den Verlauf der Angst- und Depressionswerte der Patienten und auch nicht auf die Veränderung ihrer Lebensqualität.

Tabelle 31 Überblick über signifikante Veränderungen von Betreuungsbedarf, Angst, Depression und Lebensqualität zwischen Beginn und Ende der Intervention in Bezug auf demografische Faktoren

		Bedarf	Angst	Depression	Lebensqualität
Geschlecht	Frauen	—	—	↓	—
	Männer	↓ (erw.)	—	—	—
Tumorlokalisation	obere Gastro	(↑) (FBK)	—	—	—
	untere Gastro	—	—	—	—
Krankheitsstatus	Ersterkrankung	—	—	—	—
	Zweittumor	—	—	—	↓
Funktionsstatus	normale Aktivität	—	—	—	—
	eingeschränkt	(↓) (FBK)	—	—	—

↓ = signifikante Abnahme

(↓) = tendenzielle Abnahme

↑ = signifikante Zunahme

(↑) = tendenzielle Zunahme

— = keine signifikante Änderung

erw. = erweiterter psychoonkologischer
Betreuungsbedarf

FBK = Betreuungsbedarf bestimmt mit dem
Fragebogen zur Belastung von Krebskranken

6.5.10 Hypothese 3a

H3a Patienten, die emotionale Ereignisse eher Neubewerten als unterdrücken, gemessen mit dem ERQ, weisen im Längsschnittvergleich einen geringeren Betreuungsbedarf, geringere Angst- und Depressionswerte auf und haben eine bessere Lebensqualität.

Neubewertung

Patienten, bei denen sich im Verlauf der erweiterte psychoonkologische Betreuungsbedarf verstärkte, setzten signifikant seltener die Copingstrategie der Neubewertung am Ende der Intervention ein ($F(2, 77, 79)=5,107$; $p=0,008$). Derselbe Zusammenhang zeigt sich bei der Betrachtung der Depressionswerte. Auch hier geht eine Verschlechterung der Depression damit einher, dass die Tumorpatienten weniger Neubewerteten ($F(1, 80)=5,483$; $p=0,022$) (vgl. Tabelle 32).

Tabelle 32 Mittelwertvergleich der Veränderung des erweiterten psychoonkologischen Betreuungsbedarfs und der Depression in Bezug auf die Copingstrategie Neubewertung

		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Neubewertung am Ende					
erweiterter Be- treuungsbedarf	keine Änderung	48	4,472	5,107	0,008
	Verbesserung	18	4,675		
	Verschlechterung	14	3,440		
Neubewertung zu Beginn					
Depression	keine Änderung	61	4,522	2,716	0,072
	Verbesserung	10	4,469		
	Verschlechterung	11	3,605		
	Verschlechterung	11	3,605	5,483	0,022
	keine Verschlechterung	71	4,515		

Für vollständige Details vgl. Anhang, Tabelle 99 bis Tabelle 103.

Die Copingstrategie der Neubewertung hat keinen Einfluss auf die Veränderung der Angstwerte und der Lebensqualität der Patienten, durch die Intervention.

Unterdrückung

Der Copingstil der Unterdrückung beeinflusst nicht das Interventionsergebnis der Tumorpatienten bezüglich einer Veränderung eines Betreuungsbedarfs und der Depression.

Der Tendenz nach korreliert die Unterdrückung zu Beginn der Untersuchung jedoch mit einer Verbesserung der Angstwerte durch die Intervention ($r_s(82)=0,214$; $p=0,053$).

Unterdrückung verändert nicht die Lebensqualität der Patienten.

Zusammenfassung

Die Hypothese 3a kann hinsichtlich der Neubewertung dahingehend gestützt werden, dass es sich ungünstig auf die Entwicklung des Betreuungsbedarfs und der Depression während der Intervention auswirkt, wenn Patienten diese Copingstrategie vermindert anwenden. Neubewertung hat keinen Einfluss auf die Angst und die Lebensqualität der Patienten.

Unterdrückung emotional belastender Ereignisse verändert weder den Betreuungsbedarf, die Depression noch die Lebensqualität der Patienten. Tendenziell fördert die Unterdrückung zu Beginn der Untersuchung die Verminderung der Angst.

6.5.11 Hypothese 3b

H3b Distraction, erfasst im RSQ, vermindert den Betreuungsbedarf, die Angst, die Depression und verbessert die Lebensqualität der Patienten. Selbstbezogenes Ruminieren hat keinen Einfluss auf den Betreuungsbedarf, die Angst, die Depression und die Lebensqualität. Der Copingstil des symptomorientierten Ruminierens erhöht den Betreuungsbedarf, verstärkt die Angst und die Depression der Patienten und reduziert die Lebensqualität.

Distraction

Der Copingstil Distraction hat keinen Einfluss auf die Veränderung des Betreuungsbedarfs, der Angst, der Depression und der Lebensqualität.

Selbstbezogene Rumination

Selbstbezogenes Ruminieren hat keinen Einfluss auf den Betreuungsbedarf, auf die Angst und die Depression sowie auf die Lebensqualität der Patienten.

Symptombezogene Rumination

Für den Copingstil der symptombezogenen Rumination fanden sich mehrere aussagekräftige Ergebnisse (vgl. Tabelle 33).

Symptombezogene Rumination hält während der Intervention den erweiterten psychoonkologischen Betreuungsbedarf aufrecht ($F(2, 78, 80)=4,204; p=0,018$). Zwischen der symptombezogenen Rumination und dem erweiterten psychoonkologischen Betreuungsbedarf besteht der Tendenz nach eine positive Korrelation ($r_s(81)=0,200; p=0,073$).

Eine Verschlechterung der Angstwerte durch die Intervention geht tendenziell mit einer vermehrten Anwendung der Copingstrategie symptombezogene Rumination einher ($F(2, 78, 80)=2,910$; $p=0,060$).

Patienten, die symptombezogen ruminieren, erleben eine Veränderung der Depression ($F(2, 78, 80)=4,092$; $p=0,020$). Diese Änderung ist mit einer signifikant höheren Wahrscheinlichkeit eine Verschlechterung ($F(1, 79)=6,078$; $p=0,016$).

Tabelle 33 Mittelwertvergleich der Veränderung des erweiterten psychoonkologischen Betreuungsbedarfs, der Angst und der Depression in Bezug auf die Copingstrategie der symptombezogenen Rumination

		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Erweiterter Be- treuungsbedarf	keine Änderung	49	1,791	4,204	0,018
	Verbesserung	18	1,500		
	Verschlechterung	14	1,482		
Angst	keine Änderung	62	1,649	2,910	0,060
	Verbesserung	14	1,607		
	Verschlechterung	5	2,150		
Depression	keine Änderung	60	1,592	4,092	0,020
	Verbesserung	10	1,813		
	Verschlechterung	11	1,989		
	Verschlechterung	11	1,989	6,078	0,016
	keine Verschlechterung	70	1,623		

Für vollständige Details vgl. Anhang, Tabelle 99, Tabelle 102 bis Tabelle 105.

Die Lebensqualität wird während der Intervention durch die symptombezogene Rumination nicht beeinflusst.

Zusammenfassung

Die Hypothese 3b muss bezüglich des Einflusses der Distraction und der selbstbezogenen Rumination verworfen werden.

Symptombezogene Rumination verhindert eine Änderung des Betreuungsbedarfs und ist depressions- und angstverstärkend.

6.5.12 Hypothese 3c

H3c Aktives problemorientiertes Copingverhalten, beurteilt mit dem FKV, vermindert den Betreuungsbedarf, reduziert die Angst und Depression und verbessert die Lebensqualität der Patienten. Eine depressive Verarbeitung erhöht den Betreuungsbedarf, verschlechtert die Angst, die Depression und die Lebensqualität.

Aktives problemorientiertes Coping

Patienten profitieren von aktivem problemorientierten Coping, indem sich bei ihnen im Verlauf der Intervention die Lebensqualität signifikant verbessert ($F(1, 80)=11,647$; $p=0,001$).

Tabelle 34 Mittelwertvergleich der Veränderung der Lebensqualität in Bezug auf die aktives problemorientiertes Coping

		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Lebensqualität	Verbesserung	36	3,761	11,647	0,001
	keine Verbesserung	46	3,178		
	Verschlechterung	28	3,193	3,845	0,053
	keine Verschlechterung	54	3,559		

Für vollständige Details vgl. Anhang, Tabelle 108 und Tabelle 109.

Depressive Verarbeitung

Eine Verschlechterung des erweiterten psychoonkologischen Betreuungsbedarfs der Patienten korreliert mit einer depressiven Verarbeitung emotional belastender Ereignisse ($rs(82)=0,350$; $p<0,01$).

Eine depressive Verarbeitung als Copingstil verhindert eine Verbesserung der Angstsymptome ($rs(82)=-0,225$; $p<0,05$).

Zusammenfassung

Die Hypothese 3c kann in Bezug auf die Beeinflussung der Lebensqualität durch das aktive problemorientierte Coping bestätigt werden.

Durch die depressive Verarbeitung erhöht sich der erweiterte psychoonkologische Betreuungsbedarf während der Intervention. Die depressive Verarbeitung verhindert eine Angstverminderung der Patienten.

Zusammenfassung der Hypothese 3

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Neubewertung einer Verschlechterung des Betreuungsbedarfs entgegenwirkt. Die symptombezogene Rumination und die depressive Verarbeitung führen zu einer Erhöhung des Betreuungsbedarfs und verstärken die Angst.

Eine Verstärkung der Depression kommt durch den Copingstil symptombezogene Rumination zustande und gleichfalls, wenn die Patienten die Neubewertung weniger einsetzen.

Aktives problemorientiertes Coping verbessert die Lebensqualität der Patienten.

Die Copingstrategien Distraction und selbstbezogene Rumination haben keinen Einfluss auf die Veränderung des Betreuungsbedarfs, der Angst, der Depression und der Lebensqualität.

Tabelle 35 Überblick über signifikante Veränderungen von erweitertem Betreuungsbedarf, Angst, Depression und Lebensqualität zwischen Beginn und Ende der Intervention in Bezug auf die Copingstrategien

		Bedarf	Angst	Depression	Lebensqualität
ERQ	Neubewertung	↓ (ind)	—	↓ (ind)	—
	Unterdrückung	—	(↓)	—	—
RSQ	Distraction	—	—	—	—
	symptombezogene Rumination	↑ (ind)	(↑) (ind)	↑	—
	selbstbezogene Rumination	—	—	—	—
FKV	aktives problemorientiertes Coping	—	—	—	↑
	depressive Verarbeitung	↑	↑	—	—

↓ = signifikante Abnahme

(↓) = tendenzielle Abnahme

↑ = signifikante Zunahme

(↑) = tendenzielle Zunahme

— = keine signifikante Änderung

ERQ = Emotion Regulation Questionnaire

RSQ = Response Styles Questionnaire

FKV = Freiburger Fragebogen zur

Krankheitsverarbeitung

(ind) = indirekt, wirkt der Entwicklung entgegen

7 Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurden Patienten mit gastrointestinalen Tumoren nach ihrer Aufnahme in einer Akutklinik untersucht. Der psychoonkologischen Betreuungsbedarf dieser Patienten wurde zum Zeitpunkt der Aufnahme das erste Mal erfasst und sollte während ihrer Chemotherapie und während ihrer psychotherapeutischen Intervention verlaufsbezogen beurteilt werden. Die eingesetzten Interventionsverfahren (Gesprächs- und Entspannungstherapie) sollten im Hinblick auf ihre Effektivität verglichen werden, inwieweit eine Verminderung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs, der Angst und der Depression, sowie eine Verbesserung der Lebensqualität der Patienten erreicht werden kann. Darüber hinaus war der Einfluss von Copingstrategien auf das Erleben und Verhalten der Tumorpatienten Teil der Untersuchung.

7.1 Psychoonkologischer Betreuungsbedarf

7.1.1 Ergebnis

Bei Aufnahme in die Akutklinik vor einer Chemotherapie haben 54,3-63,7 % der gastrointestinalen Tumorpatienten einen psychoonkologischen Betreuungsbedarf.

7.1.2 Diskussion

Unser Ergebnis entspricht den Angaben in der Literatur. So fand Mittag (2016) in der Eichstichprobe des PO-Bados bei den gastrointestinalen Patienten einen Betreuungsbedarf von 66 % (vgl. Anhang, Tabelle 112). Gleiche Ergebnisse fanden Küchler et al. (2007) bei Patienten (57,6 %) gemessen am Hornheimer Fragebogen (HFI). Mithilfe der PO-Bado erfasste Goerling et al. (2006) einen psychoonkologischen Betreuungsbedarf von 41,4 % bei Krebspatienten allgemein, bei Tumorpatienten des oberen Gastrointestinaltrakts zu 48,7 % und des unteren Gastrointestinaltrakts zu 40,8 %. Singer et al. (2009) beschrieben den psychoonkologischen Betreuungsbedarf bei Krebserkrankungen mittels der HADS allgemein in

72,2 % der Fälle. Senf et al. (2010) erfassten den psychoonkologischen Betreuungsbedarf bei allen Krebspatienten mittels der PO-Bado bei 56,3 %.

Der Begriff psychoonkologischen Betreuungsbedarf wird in der Literatur nicht umfassend definiert. Er wird anhand von verschiedenen Screeningmethoden festgelegt, die untereinander validiert sind (Herschbach & Weis, 2008). Ein valides Außenkriterium wird nicht angegeben. Dennoch zeigen die Untersuchungen, dass der Betreuungsbedarf aufgrund der Itemauswahl faktorenanalytisch auf somatischen, psychischen und sozialen Belastungseffekten beruht (Fremdeinschätzung PO-Bado), die nach Expertenmeinung vor allem Angst und Depression (Selbsteinschätzung HADS) bei den Patienten hervorrufen.

Der psychoonkologische Betreuungsbedarf muss gegenüber normalen Belastungen diskriminant valide sein. Somatische, psychische und soziale Belastungen müssen im Screeningverfahren so überschwellig erfasst werden, dass eine Vergleichs- oder Veränderungsmessung gegenüber soziodemographischen Faktoren und dem Einfluss von Psychotherapieverfahren möglich ist.

Belastungsspektrum bei der Erfassung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs

Etwa ein Drittel aller Tumorpatienten hat psychiatrische Komorbiditäten die nach den diagnostischen Kriterien des ICD-10 und des DSM-IV nachweisbar sind (Mehnert, 2008; Schwarz & Singer, 2008; Mehnert et al., 2013). Der Nachweis eines außergewöhnlich belastenden Lebensereignisses ist für die Diagnostik und Therapie dieser Störungen ätiologisch allein nicht ausschlaggebend – auch wenn ein formaler Zusammenhang zwischen Belastung und Symptomatik besteht. Psychiatrisch bedeutsam ist, dass das Ausmaß der körperlichen Belastung in keinem nachvollziehbaren Verhältnis zur Ausprägung der psychischen Symptomatik steht, so dass neben der psychotherapeutischen Intervention auch die Möglichkeit bzw. Notwendigkeit zu einer medikamentösen Behandlung gegeben ist.

Demgegenüber sind subsyndromale Störungen abzugrenzen, die ohne auslösendes belastendes Ereignis nicht zustande gekommen wären und die in der Regel überwiegend beratend zu unterstützen sind. Diese subsyndromalen Symptome, die wir

bei Tumorpatienten ebenfalls oft finden, erfüllen nicht vollständig die Kriterien des ICD-10 oder DSM-IV. Zusammen mit den ICD-10 manifesten Kranken finden sie sich bei etwa 60 % der Patienten (vgl. Seite 28).

Es wird in der Psychoonkologie zwischen psychoonkologischer Beratung und Therapie unterschieden. Die Psychotherapie stützt sich auf die anerkannten Psychotherapiemethoden, die von approbierten Psychotherapeuten angewendet werden. Diese Psychotherapieverfahren sind in der Regel nicht direktiv.

Die psychoonkologische Beratung findet oft in Form einer strukturierten psychoedukativen Intervention statt und wird häufig vom speziell instruierten medizinischen Personal oder Sozialarbeitern übernommen.

Schon deshalb sind die Ergebnisse beider Methoden schwer miteinander vergleichbar, weil jede Behandlergruppe sich auf ihre eigene Kompetenz in Bezug auf ihr Berufsbild bezieht.

Methodik zur Erfassung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs

Wir haben uns vorgenommen, die eingesetzten Verfahren zur Beurteilung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs in der Hauptuntersuchung miteinander zu vergleichen. Um einen Betreuungsbedarf festzustellen, definieren die Testverfahren Cut-off-Werte für ihre Items, welche empirisch ermittelt wurden. Sie sind somit von der Fragestellung und der Zusammensetzung der zugrundeliegenden Stichprobe abhängig.

Die Sensitivität und die Spezifität der Screeningmethoden wurden von uns bei den gastrointestinalen Tumorpatienten während ihrer Chemotherapie untersucht. Obwohl bei Einsatz aller drei Verfahren keine widersprüchlichen Aussagen in Bezug auf den psychoonkologischen Betreuungsbedarf der Patienten gefunden wurden, zeigte sich eine Übereinstimmung der Ergebnisse zwischen diesen drei Methoden nur in etwa 60 % der Fälle.

Durch die Einbeziehung aller drei diagnostischen Verfahren konnte einerseits die Sensitivität (erweiterter psychoonkologischer Betreuungsbedarf), andererseits die Spezifität (eingeengter psychoonkologischer Betreuungsbedarf) erhöht werden (vgl. Abschnitt 6.2.1). Je spezifischer dieser psychoonkologische Betreuungsbedarf

erfasst werden konnte, umso stärker manifestiert sich der Einfluss der Interventionsverfahren.

Beim Vergleich verschiedener Screeningverfahren ist zu beachten, dass diese in ihren Fragestellungen einen unterschiedlichen Zeitbezug herstellen. Während sich die Beurteilung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs bei dem PO-Bado-Interview auf die angegebenen emotionalen Belastungen der zurückliegenden letzten drei Tage bezieht und bei der HADS auf die zurückliegende Woche, wird beim FBK dafür keine Zeiteinschränkung vorgegeben. Es erscheint für die Angabe belastender Ereignisse günstiger, auf einen Zeitbezug zu verzichten, da ein solcher auch nicht überprüft werden kann.

In einer Studie von Hartung et al. (2017) wurden zwei gängige Fragebögen (HADS und PHQ-9) auf ihre Genauigkeit zur Erfassung von Depressionen bei Krebspatienten hin untersucht. Als Referenz wurde das Composite International Diagnostic Interview für Oncology (CIDI-O) zur Diagnostik von psychischen Störungen im Sinne der ICD-10 und DSM-IV verwendet. Die Autoren empfehlen für Krebspatienten einen vom HADS-Standard abweichenden Cut-off-Wert von 4. Außerdem kamen sie zu der Schlussfolgerung, dass die untersuchten Screeningverfahren in der vorliegenden Form für den Einsatz bei Krebspatienten scheinbar nicht besonders gut geeignet sind.

Kritik an der Anwendung der verwendeten psychoonkologischen Screeningverfahren:

1. Die Reliabilität der Beurteilung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs bei der PO-Bado ist außerdem nur gegeben, wenn durch Schulung des Interviewpersonals anhand des Manuals eine ausreichende Interobserver-Objektivität erreicht werden kann.
2. Bestimmte von uns eingesetzte Screeningverfahren zur Erfassung der psychoonkologischen Belastung sind nicht speziell für Tumorpatienten entwickelt worden (HADS).
3. Für spezielle Tumorerkrankungen sollten die Items dahin gehend überprüft werden, ob sie die besonderen Aspekte der Krankheitsform berücksichti-

gen. Gegebenenfalls sollten für somatische, psychische und soziale Belastungen bestimmte Items verändert werden.

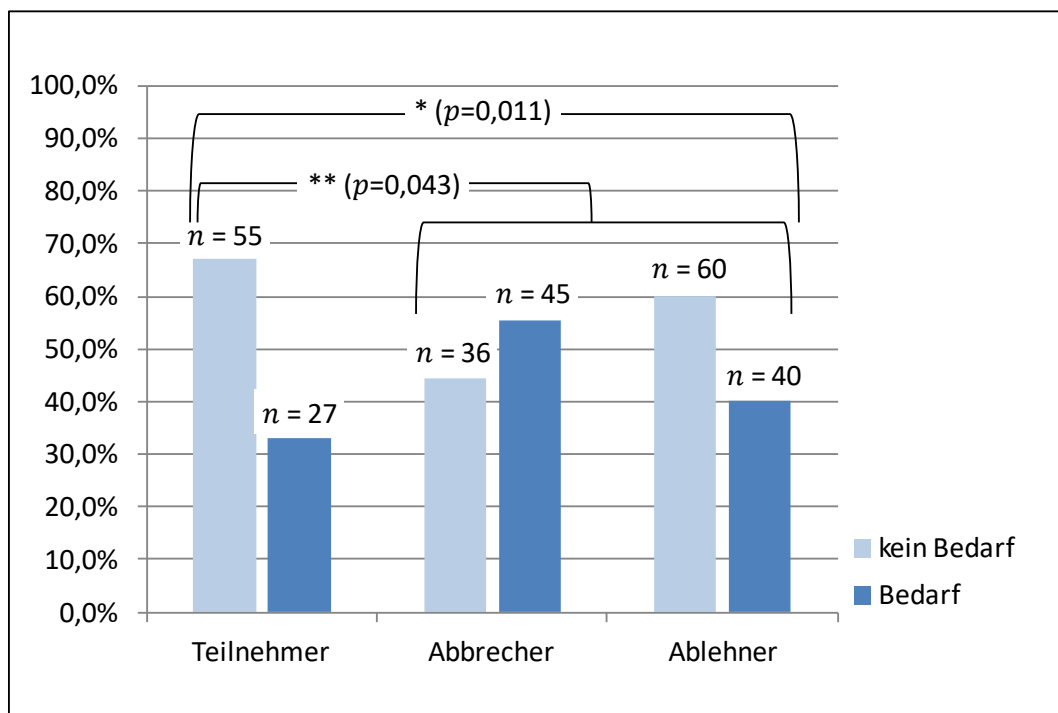
4. Die bisher eingesetzten Screeningverfahren zur Erfassung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs differenzieren nicht zwischen einer zunehmenden oder abnehmenden Belastung während des Krankheitsprozesses einerseits und dem Auftreten weiterer neuer Beanspruchungsformen andererseits.
5. Eine solche Differenzierung sollte erfolgen, um im Fall einer gesprächsbezogenen Intervention besser auf die bestehende Belastungen der Tumorpatienten eingehen zu können.
6. Eine graduell abgestufte Erfassung der psychoonkologischen Betreuungsbedürftigkeit sollte vorgenommen werden, entweder durch die Berücksichtigung mehrerer Cut-off-Kriterien eines Verfahren oder durch den Einsatz mehrerer Screeningmethoden. Dies könnte zur besseren Differenzierung zwischen behandlungsbedürftigen und nicht behandlungsbedürftigen Patienten beitragen.
7. Die psychoonkologischen Screeningmethoden sollten im Verlauf des Tumorkrankheitsgeschehens, wiederholt eingesetzt werden, um Veränderungen des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs zu erfassen. Eine solche Verlaufscharakteristik ist wichtig für die Festlegung des Beginns und des Abschlusses einer psychoonkologischen Intervention.

Theoretischer Hintergrund zur Erfassung des psychosozialen Betreuungsbedarfs

Entsprechend den Modellen der Emotionsentstehung (Lazarus und Folkman, 1984) und bezogen auf die Krankheitsverarbeitung (Hasenbring, 1988) ist nicht das auslösende Ereignis (d.h. die Belastung oder konkret die objektive Symptomatik des Tumorpatienten) für die empfundene Stärke der Emotion verantwortlich, sondern die subjektive Bewertung der Situation. Die körperlichen, psychischen und sozialen Belastungsfaktoren sind vermutlich kausal verantwortlich für das gestörte Empfinden der Tumorpatienten. Patienten passen sich subjektiv gegenüber dem Auftreten der Krankheitserscheinungen mehr oder weniger gut an. Es gibt Patienten mit einer hohen individuellen Prädisposition (Vulnerabilität) gegenüber der

Wirkung der Belastungen. Patienten, die sich relativ gut auf die belastenden Erscheinungen einstellen können, haben eine hohe Resilienz. Vulnerabilität und Resilienz können bei den Patienten angeboren oder durch verschiedene Umstände erworben worden sein.

Für die Festlegung des psychoonkologischen Betreuungsbedarf erscheint es gleichgültig, ob es sich dabei um Patienten mit einem nachvollziehbar hohen Belastungsgrad handelt, der ihre Resilienz übersteigt, oder um vulnerable Patienten, die bereits bei relativ geringer Belastung negativ getönte Emotionen empfinden.



* signifikanter Unterschied innerhalb des Betreuungsbedarfs zwischen Teilnehmern, Abbrechern und Ablehnern ($X^2(2)=8,975$; $p=0,011$)

** signifikanter Unterschied innerhalb des Betreuungsbedarfs zwischen Teilnehmern und Abbrechern/Ablehnern ($X^2(1)=4,546$; $p=0,043$)

Für Datenbasis vgl. Anhang, Tabelle 59 und Tabelle 60.

Abbildung 16 Psychoonkologischer Betreuungsbedarf (PO-Bado) bei Studienteilnehmern, -abbrechern und -ablehnern

Der Anteil der initial betreuungsbedürftigen Patienten (PO-Bado) an der Gesamtstichprobe lag bei 42,6 %. Betrachtet man die Gruppen der Teilnehmer, Abbrecher und Ablehner separat, fällt auf, dass die Verteilung stark variiert. Besonders auffällig ist die geringe Quote an Teilnehmern mit psychoonkologischem Betreuungsbedarf (32,9 %) und bemerkenswert ist ebenso, dass für über die Hälfte (55,6 %) der

Patienten, die die Teilnahme an der Studie abgebrochen haben, ein Betreuungsbedarf festgestellt wurde. Es haben also überdurchschnittlich viele Patienten in unserer Studie eine psychoonkologische Intervention erhalten, die laut PO-Bado Screening diese gar nicht benötigt hätten. Umgekehrt wäre für die Mehrheit der Studienabbrecher eine Fortsetzung der Behandlung indiziert gewesen (Abbildung 16).

7.2 Aussagen zur Teilnahmebereitschaft an einer psychoonkologischen Intervention

7.2.1 Ergebnis

Die Teilnahmebereitschaft an einer psychoonkologischen Intervention während der Chemotherapie stimmt nicht mit dem fremdeingeschätzten psychoonkologischen Betreuungsbedarf dieser Patienten überein. 38 % der Untersuchten lehnen eine psychoonkologische Betreuung ab, darunter 40% der Patienten, die eigentlich einer psychoonkologischen Intervention bedürften.

7.2.2 Diskussion

Von den Patienten, die die Voraussetzungen erfüllten, um in die Studie eingeschlossen zu werden, lehnten 38,0 % eine Teilnahme von vornherein ab. Von den verbleibenden 62,0 % der Patienten, die in die Studie aufgenommen wurden, brachen 30,8 % ihre Teilnahme später ab, so dass 31,2 % Teilnehmer verbleiben, die an Untersuchung bis zum Ende partizipiert haben. Diese Ergebnisse entsprechen der Teilnahmebereitschaft in anderen Untersuchungen (Ross, Boesen, S & C, 2002; Johansson et al., 2008; Fugunt et al., 2009).

Neben der diagnostischen Beurteilung, ob ein psychoonkologischer Betreuungsbedarf vorliegt oder nicht, bedarf es der Zustimmung des Patienten, ob er an einer psychoonkologischen Intervention teilnehmen möchte. Die Entscheidung des Patienten hängt dabei auch davon ab, welchen zusätzlichen Aufwand er für sich durch eine Teilnahme erwartet. So können fortgesetzte Kontrollen der Angst- und De-

pressionswerte im Verlauf der Intervention erforderlich sein, was den Patienten Zeit und Mühe kostet (vgl. Seite 86 f.). Unter den Patienten, die die Teilnahme an einer psychoonkologischen Untersuchung und Intervention in der Studie abgelehnt haben, gaben die meisten von ihnen an, dass das Ausfüllen der Fragebögen bzw. das Interview zur Erfassung ihrer Belastbarkeit zu zeitaufwendig und zu anstrengend sei.

Das würde bedeuten, dass sich die Patienten durch die Diagnostik ihres psychoonkologischen Betreuungsbedarfs zusätzlich belastet fühlen. Darüber hinaus nehmen die Patienten vermutlich an, dass die psychoonkologische Intervention in ihrem Verlauf ebenfalls für sie belastend sei.

Die Bereitschaft der Patienten an einer psychoonkologischen Intervention teilzunehmen, hängt also von ihren Erwartungen ab. Es ist anzunehmen, dass die meisten Patienten keine klare Vorstellung vom Charakter einer psychotherapeutischen Betreuung haben und daher bei ihnen diesbezüglich keine konkreten Therapieziele vorliegen. Durch die Etablierung der psychoonkologischen Betreuung tumorkrankter Patienten auf Evidenzbasis, könnte eine größere Akzeptanz dieser Betreuungsform in Zukunft erwartet werden.

In einer Untersuchung von Teilnehmern einer offenen Studie waren viele Patienten fremdmotiviert („ihr Arzt wisse am besten was für sie gut sei“), so dass Eigenmotivation und aktive Teilnahme in den Hintergrund treten (Schmidt, 2012).

Ursachen für eine geringe Teilnahmebereitschaft könnten auch das Alter der Patienten oder ein eingeschränkter Funktionszustand sein. Ältere Patienten und solche, die in ihrer körperlichen Funktion eingeschränkt waren, gehörten in unserer Untersuchung zu den Ablehnern der Intervention (vgl. Abschnitt 5.4.4). Dies entspricht auch den Beobachtungen von Schneider et al. (2016) die trotz persönlichem Gespräch keine Zustimmung von älteren Patienten erreichen konnten. Auch Johansson et al. (2008) berichtet von älteren Ablehnern der Studie.

Die Teilnahmebereitschaft der Patienten kann sich im Verlauf des Krankheitsprozesses ändern. Dafür gibt es Hinweise in der Studie von Berend (2005), in der betreuungsbedürftige Patienten gegenüber einer psychoonkologischen Intervention zunächst unentschlossen sind, und an einer solchen Intervention zu einem späte-

ren Zeitpunkt teilnehmen würden. Während der harte Kern der Interventionsablehner bei seiner Meinung bleibt und offenbar auch keinen psychoonkologischen Betreuungsbedarf besitzt, gibt es in unserer Studie Ablehner, die durchaus betreuungsbedürftig sind, bei denen aber die Motivation zur Behandlung erst aufgebaut werden muss.

Teilnehmer der Intervention unterscheiden sich von den Ablehnern vor allem dadurch, dass bei ihnen höhere psychische Belastungen in der PO-Bado geltend gemacht werden, d.h. dass bei ihnen vermutlich ein höherer Leidensdruck vorliegt (vgl. Abbildung 11). Hätten wir in unserer Studie nur die Patienten eingeschlossen, die initial einen psychoonkologischen Betreuungsbedarf aufwiesen, so wären viele Teilnehmer unbehandelt geblieben, bei denen sich ein solcher Interventionsbedarf im Verlauf der Chemotherapie eingestellt hat. Es kommt daher darauf an, nicht nur von der Erfassung der psychoonkologischen Belastung auszugehen, sondern auch die Patienten zu betreuen, die ihren psychoonkologischen Betreuungsbedarf momentan nicht so hoch einschätzen.

Die Teilnahme an der psychoonkologischen Intervention ist in der Regel vom Wunsch des Patienten geprägt, sich unterstützen zu lassen. Professionelle Hilfe dazu wird patientenseitig in erster Linie von den Ärzten erwartet (Singer et al., 2007). Es kommt beim Psychoonkologen darauf an, möglichst frühzeitig ein gutes Patienten-Therapeuten-Verhältnis herzustellen, um die Interventionsmöglichkeiten zu verbessern und den Patienten mündig erscheinen zu lassen.

7.3 Veränderung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs im Verlauf der Intervention

7.3.1 Ergebnis

Der psychoonkologische Betreuungsbedarf verändert sich kurzfristig im Verlauf der Intervention. Sowohl Zunahme als auch Abnahme des Betreuungsbedarfs erreichen in der Mitte der Intervention ihren Höhepunkt.

7.3.2 Diskussion

In den in S3-Leitlinie der Psychoonkologie untersuchten Studien zur psychoonkologischen Intervention wurden überwiegend Querschnittuntersuchungen vorgenommen, bei denen Stichproben behandelter Patienten mit einer Kontrollgruppe verglichen wurden. Diese Querschnittvergleiche wurden kurz- (unmittelbar nach der Intervention), mittel- (sechs Monate danach) und langfristig (über sechs Monate heraus) durch Nacherhebungen verfolgt. Die Kontrollgruppen erhielten die übliche Versorgung oder eine unspezifische Aufmerksamkeitszuwendung (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014a).

Die Bewertung der Belastung durch die Patienten ist nicht immer stabil, sondern kann sich relativ schnell ändern. In der Literatur wird darauf nicht direkt Bezug genommen, sondern nur festgestellt, dass es im Verlauf eines längeren Krankheitsprozesses Phasen mit unterschiedlichem psychoonkologischen Betreuungsbedarf gibt (vgl. Abschnitt 2.1.2). Der Betreuungsbedarf ist in der Diagnostikphase, während der Rehabilitation, bei einem Rezidiv bzw. dem Auftreten einer Zweiterkrankung sowie bei einer Verschlechterung der Prognose besonders hoch. Wir fanden aber Veränderungen des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs bereits innerhalb der kurzen Chemotherapiephase (Behandlungsphase).

Solche Veränderungen werden in den folgenden Fallbeispielen dargestellt.

Eine 75-jährige Patientin der Gesprächsgruppe hat ein metastasierendes Pankreaskarzinom und einen begleitenden Hypertonus. Sie ist verheiratet und hat 2 Kinder. Körperlich ist sie nicht deutlich eingeschränkt. Die Patientin zeigt eine hohe Betreuungsbedürftigkeit zum Zeitpunkt t1 (PO-Bado psychische Belastung: Cut-off-Kriterium 2x3). Sie ist in den somatischen und sozialen Items jedoch unauffällig. Bis zum Interventionsbeginn zum Zeitpunkt t3 bleibt die Patientin betreuungsbedürftig, wechselt jedoch bei der psychischen Belastung in ein Cut-off Kriterium: 1x4. Im weiteren Verlauf der Intervention ist die Patientin danach kontinuierlich nicht mehr betreuungsbedürftig.

Eine 76-jährige Patientin der Gesprächsgruppe leidet ebenfalls an einem metastasierten Pankreaskarzinom und ist in palliativer Behandlung. Sie ist alleinstehend ohne Kinder und klagt über Einschränkungen ihrer körperlichen Leistungsfähig-

keit. Zeitweise muss sie Bettruhe einhalten. Sie gibt bis zum Zeitpunkt t3 einen Betreuungsbedarf mit auffälligen somatischen und psychischen Belastungen an, die eher abklingen, wobei zum Zeitpunkt t3 auch ein Betreuungsbedarf aufgrund von sozialen Belastungen besteht. Im Verlauf zeigt sich, dass zu den Testzeitpunkten t6, t8, t10, t12 sowie katamnestisch kein Betreuungsbedarf laut PO-Bado besteht. Zwischenzeitlich wird aufgrund somatischer Belastung zu den Testzeitpunkten t7, t9, t11 und t13 wieder ein Betreuungsbedarf ermittelt.

Ein 49-jähriger Patient der Entspannungsgruppe wird aufgrund eines metastasierenden Rektumkarzinoms palliativ behandelt. Er ist verheiratet ohne Kinder und ohne funktionelle Einschränkung seiner körperlichen Leistungsfähigkeit. Er wird kontinuierlich von der 1. bis zu 11. Sitzung aufgrund anhaltender somatischer Beschwerden und Schlafprobleme als betreuungsbedürftig in der PO-Bado eingestuft. Zum Abschluss der Intervention (Zeitpunkte t12, t13) wird bei ihm kein Betreuungsbedarf festgestellt.

Eine 76-jährige Patientin der Entspannungsgruppe wird wegen eines Pankreaskarzinoms palliativ behandelt. Sie ist verwitwet und hat 5 erwachsene Kinder. Ihre körperliche Beweglichkeit ist eingeschränkt und sie muss zeitweilig Bettruhe einhalten. Sie wirkt vom Zeitpunkt t2 bis t4 aufgrund somatischer und psychischer Belastungen betreuungsbedürftig. Nachdem sie zwischenzeitlich ihren Betreuungsbedarf verliert, wird sie zu den Zeitpunkten t8, t9, t12 und t13 wegen größerer oder neu aufgetretener psychischer Probleme wieder betreuungsbedürftig.

Ein 77-jähriger Patient der Informationsgruppe wird wegen eines metastasierten Magenkarzinoms palliativ behandelt. Er ist verheiratet und hat 2 erwachsene Kinder. Aktuell ist er in seiner körperlichen Leistungsfähigkeit altersentsprechend nicht weiter eingeschränkt. Dieser Patient hat während seiner gesamten Chemotherapie ohne direkte psychotherapeutische Intervention keinen kontinuierlichen psychoonkologischen Betreuungsbedarf.

Ein 81-jähriger Patient der Informationsgruppe bekam wegen eines metastasierenden Gallenblasenkarzinoms eine palliative chemotherapeutische Behandlung. Er ist verheiratet und hat einen erwachsenen Sohn. In seiner körperlichen Leis-

tungsfähigkeit ist er altersentsprechend, aber nicht darüber hinaus eingeschränkt. Zu Beginn der Intervention erscheint der Patient zu den Testzeitpunkten t1-t4 nicht betreuungsbedürftig. Im weiteren Verlauf der Intervention von t5 bis zum Ende der Behandlung wird er jedoch aufgrund somatischer und psychischer Belastungen betreuungsbedürftig.

Unsere Studie beruht auf einer Längsschnittuntersuchung gastrointestinaler Tumorpatienten während ihrer Chemotherapie innerhalb eines kurzen Zeitraums (13-26 Wochen). Wir fanden bei unseren Patienten der Gesprächs- und Entspannungsgruppe durch die Intervention eine Abnahme ihres psychoonkologischen Betreuungsbedarfs im Vergleich zur Informationsgruppe. Verlaufsbezogen trat bei einigen Patienten erst während der Intervention ein Betreuungsbedarf ein, so dass über den richtigen Zeitpunkt eines Behandlungsbeginns diskutiert werden kann.

Ursache für die Zunahme des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs im Verlauf kann entweder eine (objektive) Belastung sein (z.B. Nebenwirkungen der Chemotherapie, Verschlechterung des Krankheitsbildes) oder der Patient verändert die Bewertung seiner Situation, was kurzfristig eher möglich ist. In der Informationsgruppe finden sich keine verlaufsbezogene Veränderungen des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs. Das spricht eher dafür, dass durch die Intervention die Bewertung der belastenden Faktoren verändert wird.

Die Veränderung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs findet in unserer Untersuchung in der Mitte der Intervention statt. Das steht damit in Zusammenhang, dass die Patienten unterschiedliche Vorstellungen über ihre Behandlung und den Therapieablauf haben. Einige Patienten korrigieren ihre bestehenden Befürchtungen nach unten und verlieren somit ihre Betreuungsbedürftigkeit. Bei anderen Patienten nehmen die Ängste und Befürchtungen eher zu, so dass sie betreuungsbedürftig werden. Offenbar sind für diese Bewertungsänderungen vier bis fünf Therapiesitzungen erforderlich, wobei durch den intervenierenden Einfluss der Gesprächstherapie diese Patienten schon früher zum Zeitpunkt t4 bis t5 (zwei Therapiesitzungen) entlastet sind. Die Patienten der PMR-Gruppe verringern erst gegen Ende der Intervention zu den Zeitpunkten t9 bis t10 ihren Betreuungsbedarf, was offenbar vom erreichten Übungserfolg der Entspannungsmethode abhängt (vgl. Abbildung 15). Der relativ rasche Abfall des Betreuungsbedarfs in der Ge-

sprächsgruppe hängt vermutlich nicht mit dem Thema zusammen, das von den fünf vorgegeben randomisierten Schwerpunkten ausgewählt wurde, sondern ist Ausdruck der direkten Kontaktaufnahme des Patienten zum Therapeuten, welche für die Tumorkranken entlastend wirkt.

7.4 Vergleich der psychoonkologischen Interventionsformen während der chemotherapeutischen Behandlung

7.4.1 Ergebnis

Es konnte gezeigt werden, dass die therapeutischen Interventionen (Gespräch- und Entspannungstherapie) in der Regel den Betreuungsbedarf, die Angst und die Depression vermindern. Die alleinige Übergabe von Informationsmaterial über die Krebserkrankung (Kontrollgruppe) führt dagegen zu einer Zunahme des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs und zu einer Verschlechterung der Lebensqualität.

7.4.2 Diskussion

Betreuungsbedarf, Angst und Depression

Durch die wechselseitige Veränderung sowohl einer Zunahme als auch einer Abnahme des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs, der Angst und Depression erscheinen die Behandlungseffekte durch die Intervention zunächst verdeckt. In den Vergleichsstudien mit Querschnittuntersuchungen werden Veränderungen meist nur in die erwünschte Richtung als eingetreten oder ausgeblieben bewertet. „Nebenwirkungen“ der Intervention durch den Krankheitsverlauf und durch seine medizinische Behandlung werden dabei nicht erfasst.

Wenn man die eingesetzten Interventionsmethoden (Gespräch/PMR) bei den psychoonkologischen Tumorkranken miteinander vergleicht, so sind die folgenden Aussagen zum Ausgang der Behandlung möglich (vgl. Tabelle 36).

1. Die *Intervention war erfolgreich*. Im Prä-Post-Vergleich ergibt sich, dass anfangs betreuungsbedürftige Patienten ihren Betreuungsbedarf verlieren. In diese Gruppe erfolgreich Behandelte gehören auch die Patienten, die während der Intervention betreuungsbedürftig werden, aber ihre Betreuungsbedürftigkeit am Schluss ihrer Behandlung wieder verlieren.
2. Die *Intervention war nicht erfolgreich*, wenn anfangs Betreuungsbedürftige weiterhin betreuungsbedürftig bleiben. In diese Gruppe sollen auch Patienten eingeschlossen werden, die ihre Betreuungsbedürftigkeit während der Intervention erwerben und sie dann bis zum Schluss der Behandlung beibehalten.
3. Die *Intervention wäre nicht erforderlich gewesen*, wenn die Patienten zu Beginn der Behandlung nicht betreuungsbedürftig erscheinen und sie auch bis zum Ende der Studie nicht betreuungsbedürftig bleiben.

Tabelle 36 Ausgang der Behandlung vgl. Gesprächs- mit PMR-Gruppe

	Gespräch	PMR
1. erfolgreiche Behandlung		
zu Beginn betreuungsbedürftige Patienten	8	6
im Verlauf betreuungsbedürftige Patienten	4	1
erfolgreich Behandelte gesamt	12	7
2. erfolglose Behandlung		
zu Beginn betreuungsbedürftige Patienten	2	3
im Verlauf betreuungsbedürftige Patienten	3	2
erfolglos Behandelte gesamt	5	5
3. Behandlung nicht erforderlich	10	14
Gesamt	27	26

Die Unterschiede in den Behandlungseffekten zwischen der Gesprächs- und PMR-Gruppe im Längsschnittvergleich sind nicht auffällig, so dass sich aus dieser Aussage keine Bevorzugung einer Interventionsmethode ergibt.

In der medizinischen Fachliteratur wird ein Vergleich unterschiedlicher Behandlungsverfahren mittels des Parameters „number needed to treat“ (NNT) beschreibend vorgenommen. Der NNT ist definiert als das Reziproke der absoluten Risiko-

reduktion (ARR)¹⁵ und stellt eine intuitive Maßzahl für die Wirksamkeit einer Therapieform im Vergleich zu einer Kontrollgruppe dar. Der Wert gibt dabei an, wie viele Patienten durchschnittlich die fragliche Behandlung erhalten müssen, um bei einem zusätzlichen Patienten das erwünschte Ziel zu erreichen, der ohne diese Behandlung das Ziel nicht erreicht hätte (Moore & McQuay, 2008).

Vergleicht man die Entwicklung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs nach der PO-Bado zwischen Beginn und Ende der Studie in Bezug auf die Patienten der Gesprächsgruppe und setzt die Informationsvermittlung als Kontrollgruppe dagegen, so ergibt sich ein NNT von 2,6. Es profitiert also durchschnittlich mehr als jeder vierte Patient der Gesprächsgruppe von dieser Therapieform, indem sich sein psychoonkologischer Betreuungsbedarf verringert, während er bei reiner Informationsvermittlung gleich geblieben oder sogar angestiegen wäre.

Die Behandlung der Tumorpatienten mittels Entspannungstherapie zeigt sich bei dieser Betrachtung etwas weniger effektiv. Hier ergibt sich hinsichtlich der Verringerung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs (PO-Bado) im Vergleich zur Informationsgruppe ein NNT von 3,8 (vgl. Anhang, Tabelle 72).

In großen Studien ist die Beurteilung kurz- und langanhaltender Interventionseffekte möglich. Unsere Stichprobe der katamnestisch erfassten Patienten ist in Bezug auf die Interventionsformen zu klein, um dazu aussagekräftige Ergebnisse abzuleiten. Es ist jedoch wahrscheinlich, dass bei stark ängstlichen Patienten die Verminderung der Angst anhaltend sein kann. Zwischen der Gesprächsgruppe und der PMR-Gruppe gibt es in Bezug auf die Interventionsergebnisse nur wenige Unterschiede. In der Gesprächsgruppe nehmen die Depressionswerte bei den stärker depressiven Patienten ab, was in der PMR-Gruppe nicht eintrat. Hierbei spielt der engere spezifische Patienten-Therapeuten Kontakt eine Rolle. Es wäre zu erwarten, dass eine nicht randomisierte Reihenfolge der Gesprächsthemen einen günstigeren Ausgang in Hinblick auf die Verminderung des Betreuungsbedarfs, der Angst und der Depression ergeben hätte. In diesem Fall wäre es möglich gewesen, in der Ge-

¹⁵ Die absolute Risikoreduktion gibt an, wie stark sich das Risiko einer unerwünschten Entwicklung (oder auch Ausbleiben einer erwünschten Entwicklung) durch eine Therapie verändert, in Relation zu einer Vergleichsbehandlung.

sprachsführung besser auf die aktuell belastenden Themen einzugehen. Ein Nachteil wäre die erschwerte Vergleichbarkeit der Aussagen zwischen den Gruppen, durch die systematisierte Gesprächsabfolge.

Die Angst und Depressionswerte der Patienten verändern sich nur im Prä-Post-Vergleich der Längsschnittuntersuchung für die betreffenden Untergruppen (in der Regel bei stark belasteten Patienten), nicht jedoch verlaufsbezogen, wie beim Behandlungsbedarf.

Unsere Ergebnisse entsprechen den Befunden aus den Studien zur Progressiven Muskelrelaxation von (Decker et al., 1992; Cheung et al., 2003).

Strong et al. (2008) fanden im ambulanten Setting beim Erwerb problemlöseorientierter Copingstrategien eine langanhaltende (über ein Jahr) Verminderung der Depression der Tumorpatienten. Wir konnten durch die Gesprächstherapie in unserer Untersuchung diese Befunde bestätigen. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Goerling, Foerg, Sander, Schramm und Schlag (2011) in einer Untersuchung zur Stärkung der Patientenkompetenz im stationären Setting. Hier waren Angst und Depression der Patienten auch nach einem Jahr noch signifikant vermindert.

In einer weiteren Untersuchung von Moorey, Greer, Bliss und Law (1998) zeigte sich beim Vergleich einer Interventionsgruppe (kognitive Verhaltenstherapie über 8 Wochen) mit einer Kontrollgruppe, dass die Angst, erfasst nach den HADS-Kriterien, durch die kognitive Therapie reduziert werden konnte. Diese Angstreduktion war über vier Monate anhaltend, konnte aber nach einem Jahr bei der Nachuntersuchung der beiden Gruppen nicht mehr nachgewiesen werden. Zwischen Vergleichs- und Kontrollgruppe fanden sich jedoch keine Veränderungen der Depressionswerte in der HADS.

Lebensqualität

Die Lebensqualität wurde nur global erfasst. Sie wurde durch die Intervention offenbar nur wenig beeinflusst, weil möglicherweise ihre Funktionsskalen und ihre krankheitsbezogenen Aussagen nicht ausgewertet wurden. In der Kontrollgruppe unserer Studie (Informationsgruppe) verschlechterte sich die Lebensqualität, so

dass zu vermuten ist, dass durch die Intervention eine krankheitsprozessbedingte Veränderung aufgehalten wurde. Auch in der erwähnten Untersuchung von Schneider et al. (2016) mit einer gruppenpsychoonkologischen Behandlung von älteren Prostata-, Magen- und Darmkrebspatienten konnte keine Verbesserung der Lebensqualität nachgewiesen werden.

In der Studie von Faller, Koch, Reusch, Pauli und Allgayer (2009) an 121 Darmkrebspatienten wurde untersucht, inwieweit die Methodik der Informationsvermittlung zum Krankheitsgeschehen einen Einfluss hat. Verglichen wurde dabei eine Patientengruppe, die in Form eines interaktiven Vortragsstils unterrichtet wurde, mit einer Kontrollgruppe, die Vorträge hörten, bei denen sie nicht aktiv eingebunden wurden. Es wurde festgestellt, dass die interaktive Vortragsmethode vorteilhaft ist. Die Unterschiede zwischen den Gruppen zeigten sich im Wissen langfristig (über 1 Jahr) im aktiven Coping und in der Lebensqualität jedoch nur kurzfristig (bis nach der Reha). Diese Untersuchung verdeutlicht, dass die alleinige Wissensvermittlung in jedweder Form nicht für eine langanhaltende Verbesserung der Lebensqualität geeignet ist.

An dieser Stelle soll auf die Literatur zum sogenannten „Zufriedenheitsparadoxon“ in der medizinischen Lebensqualitätsforschung hingewiesen werden (Herschbach, 2002). Gemeint ist damit, dass objektiv negative Lebensumstände sich nur in relativ geringem Ausmaß in der subjektiv beurteilten Lebensqualität niederschlagen. Dies deckt sich auch mit der Aussage zur Prognoseeinschätzung nach Bublack (2016) (vgl. Abschnitt 1.3.3). Objektive Lebensbedingungen erklären die Variabilität der Lebensqualitätserfassung nur zu knapp 20 %. Somit kommt den Persönlichkeitsfaktoren der Patienten, den Anpassungsprozessen und der Sinnzuschreibung bei der Beurteilung objektiv belastender Situationen eine entscheidende Rolle zu.

7.5 Veränderung der Pulsfrequenz als psychophysiologischer Parameter während der psychoonkologischen Intervention

7.5.1 Ergebnis

Es findet sich eine Pulsfrequenzverlangsamung nur innerhalb der Interventionssitzungen der Patienten in der Gesprächstherapiegruppe, nicht jedoch verlaufsbezogen während der gesamten psychoonkologischen Behandlung.

7.5.2 Diskussion

Pulsfrequenzveränderungen wurden in der Untersuchung parallel zu kognitiven und Verhaltensänderungen der Patienten als Ausdruck einer Entspannung in Folge einer Verminderung der Stressbelastung erwartet. Wir fanden nur eine Verminderung der Pulsfrequenz zwischen Anfang und Ende einer Interventionssitzung in der Gesprächsgruppe. Dies könnte als Ausdruck einer Verminderung der Anspannung der Patienten innerhalb einer therapeutischen Gesprächssituation gewertet werden. Die Pulsfrequenzverlangsamung konnte bei diesen Patienten aber nicht im Längsschnittverlauf nachgewiesen werden.

In der PMR-Gruppe kam es zu keinen signifikanten Pulsfrequenzveränderungen, wenn man davon absieht, dass die zunächst hohe Pulsfrequenz bei den Patienten in der Entspannungsgruppe zu Beginn der Studie am Ende des Interventionsprozesses abnahm, so dass keine interventionsbezogenen Unterschiede dieses psychophysiologischen Parameters nachweisbar waren. Zudem fehlt der Pulsfrequenzvergleich zur Kontrollgruppe, den Informationspatienten.

Eine Auswertung der Pulsfrequenzvariabilität wurde von uns nicht vorgenommen, es ist jedoch bekannt, dass diese bei Stressbelastungen abnimmt. Die fehlende Pulsfrequenzvariabilität ist bei Patienten mit Diabetes mellitus und koronarer Herzkrankheit ein Risikofaktor (Herold, 2015). Da aber viele unserer Tumorpatienten diese Begleitkrankheiten aufweisen, haben wir darauf verzichtet, Pulsfrequenzvariabilitäten zwischen organisch Kranken und psychosomatischen stressbedingten Veränderungen bei Patienten zu differenzieren.

Andere psychologische Testverfahren (Pupillographie, Elektroenzephalographie, Elektromyographie) können möglicherweise besser aktivierungsbedingte Veränderungen des Organismus objektiv erfassen. Sie sind jedoch im Rahmen einer vorzunehmenden psychoonkologischen Intervention bei Chemotherapie nicht einsetzbar, ebenso wie andere bildgebende Verfahren, z.B. die funktionelle Magnetresonanztomographie.

Sinnvoll wäre als psychophysiologischer Parameter zur Erfassung stressbedingter Belastungen eine Speichelprobe zur Bestimmung der Cortisol-Ausschüttung oder die Bestimmung des Noradrenalinspiegels im Blut. Die hormonellen Begleituntersuchungen sollen einer weiterführenden Arbeit zur Erfassung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs und seiner Interventionsbehandlung vorbehalten sein.

Bei der Untersuchung des Zusammenhangs von psychophysiologischen Parametern mit anderen erlebnis- und verhaltensbedingten Vorgängen bei der Emotionsregulation belastender Ereignisse ist zu bedenken, dass die objektivierbaren Prozesse dabei tonisch (unmittelbar/kurzanhaltend) oder phasisch (verzögert/langanhaltend) ablaufen können (Faller et al., 2013) und daher eine Korrelation auch zeitversetzt zustande kommen kann.

7.6 Einflussfaktoren auf den psychoonkologischen Betreuungsbedarf, die Angst, die Depression und die Lebensqualität

7.6.1 Ergebnis

Nichtmetastasierte Patienten haben einen höheren psychoonkologischen Betreuungsbedarf (PO-Bado). Ältere Tumorkpatienten sind vermehrt betreuungsbedürftig, während Jüngere durch die Intervention ihren Betreuungsbedarf vermindern. Eine Verminderung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs durch die Intervention wird sowohl bei männlichen Patienten als auch bei Tumorkpatienten mit eingeschränktem Funktionszustand festgestellt. Patienten mit einem Tumor im oberen Gastrointestinaltrakt werden auch während der Intervention zunehmend betreuungsbedürftig. Neubewertung emotional belastender Ereignisse wirkt einer

Verstärkung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs und einer Verschlechterung der Depression der Tumorpatienten entgegen.

Die Angst der Tumorpatienten wird bei einer depressiven Verarbeitung und der symptombezogenen Rumination des Krankheitsgeschehens gesteigert.

Weibliche Tumorpatienten profitieren mehr als Männer von der Intervention durch eine Verminderung ihrer zuvor höheren Depressionswerte. Bei Patienten, die symptombezogen ruminieren, nimmt die Depression zu.

Aktives problemorientiertes Coping führt zu einer Verbesserung der Lebensqualität. Eine im Vergleich zu den anderen Patienten geringere Lebensqualität zeigt sich auch bei Patienten mit einem Zweittumor.

7.6.2 Diskussion

In der ersten Voruntersuchung fanden wir überraschenderweise heraus, dass nichtmetastasierte gastrointestinale Tumorpatienten einen höheren psychoonkologischen Betreuungsbedarf haben als Patienten mit festgestellter Metastasierung. Eine Ursache dafür, dass leichter erkrankte Tumorpatienten ohne Metastasen betreuungsbedürftiger erscheinen, könnte ihre größere Progredienzangst sein, die von den metastasierten Kranken möglicherweise eher unterdrückt werden kann. Dieser Befund und diese Vermutung bestätigten sich in der Hauptuntersuchung unserer Studie aber nicht.

Ein weiterer Befund aus der zweiten Voruntersuchung war, dass die psychoonkologische Betreuungsbedürftigkeit von Patienten ohne Funktionseinschränkungen zu Beginn höher lag als die von körperlich eingeschränkten Tumorkranken. Hier hatten wir erwartet, dass dieser erhöhte Betreuungsbedarf durch die Intervention eher verringert würde. Das war jedoch nicht der Fall. Krebspatienten ohne Funktionseinschränkung verringerten durch die psychotherapeutische Behandlung nicht ihre Betreuungsbedürftigkeit. Vermutlich konnte ihre Progredienzangst durch die Intervention nicht abgebaut werden.

Wir nehmen an, dass die Progredienzangst der Patienten in den Gesprächssitzungen nicht optimal behandelt werden konnte, da die Vollrandomisierung der zu be-

sprechenden Themen eine große Einschränkung darstellte. So war es z.B. nicht möglich, das verhaltenstherapeutische Konzept zur Behandlung der Progredienzangst von Herschbach et al. (2006) in unserer Studie einzusetzen. Für weiterführende Untersuchungen sollte dies bedacht und die Erfassung der Progredienzangst im Verlauf der Intervention z.B. mit dem Progredienzangst-Fragebogen (PA-F) von Herschbach et al. (2005) vorgenommen werden.

Ältere Tumorkpatienten haben zu Beginn der Chemotherapie einen hohen psychoonkologischen Betreuungsbedarf, den sie unabhängig von der Interventionsform während der Chemotherapie beibehalten. Eine Ursache für die geringe Beeinflussbarkeit dieser Patientengruppe könnten ihre hohen Depressionswerte sein, die sich ebenfalls während der Behandlung nicht verändern. Jüngere Tumorkpatienten (< 70 Jahre) vermindern dagegen während der Intervention ihre psychoonkologische Betreuungsbedürftigkeit, vermutlich auch, weil sich ihre Depressionswerte durch die Behandlung verbessern. Eine Verminderung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs durch die Intervention wurde sowohl bei männlichen Patienten als auch bei Tumorkpatienten mit einem eingeschränkten Funktionszustand festgestellt.

Eine Studie von Given et al. (2004) mit 97 Patienten, die eine kognitiv-behaviorale Therapie erhielten, und 94 Patienten in der Kontrollgruppe, kam zu einem anderen Ergebnis. Dort zeigte sich kein Einfluss auf die Depression und die medizinischen Symptome (Übelkeit) durch das Geschlecht, das Alter oder den Tumorstatus der Patienten.

Copingstil

Die von uns im ERQ, RSQ und FKV erfassten Copingvariablen korrelierten weitgehend nicht miteinander. Wir fanden aber einen statistisch gesicherten Zusammenhang zwischen den Copingvariablen depressive Verarbeitung, im FKV und der selbstbezogenen sowie symptombezogenen Rumination im RSQ (vgl. Anhang, Tabelle 61).

Die Copingstile Neubewertung und Unterdrückung zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen Anfang und Ende der Intervention (vgl. Anhang, Tabelle 110).

In unserer Untersuchung ergaben sich indirekte Zusammenhänge zwischen Betreuungsbedarf und Depression einerseits und dem Copingstil Neubewertung andererseits. Daraus kann geschlussfolgert werden, dass Neubewertung einer Verstärkung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs und der Depression vorbeugt. Wir werten daher diesen Copingstil als eine vorteilhafte (adaptive) Krankheitsverarbeitungsstrategie.

Depressive Verarbeitung und symptombezogenes Ruminieren sind offenbar unvorteilhafte (maladaptive) Copingstile, weil sie die Angst- und Depressionswerte der Tumorkranken erhöhen.

Rumination bewirkt ein Konfliktpotential für den Patienten. Es entlastet ihn scheinbar, wenn er seine Gedanken und seine Aufmerksamkeit auf sein Leiden konzentriert. Andererseits erlebt er immer wieder seine Machtlosigkeit gegenüber der Erkrankung (Kühner, Holzhauer & Huffziger, 2007). Aus der konflikthaften Rumination kann der Patient nur herauskommen, wenn er diese Copingstile aufgibt.

Aussagen über den Zusammenhang zwischen den Copingstrategien und den Interventionsverfahren können aufgrund der geringen Stichprobengröße in unserer Studie nicht getroffen werden. Die Befunde aus anderen Untersuchungen, lassen aber einen solchen Zusammenhang vermuten.

Lerman et al. (1990) führten eine Untersuchung an 48 Krebspatienten durch, von denen 25 eine Entspannungstherapie (PMR) während ihrer Tumorbehandlung erhielten. Die Patienten wurden anhand ihrer dominierenden Copingstrategien in „Monitorer“ und „Blunter“ eingeteilt. Patienten, die zu den „Monitorern“ zählen, beschäftigen sich aktiv mit ihrer Krankheit und versuchen möglichst viele Informationen darüber zu sammeln. „Blunter“ dagegen verdrängen die Krankheit eher und versuchen sich abzulenken. Die Ergebnisse zeigten, dass „Blunter“ weniger unter Angst, Depression (in der HADS erfasst) und den Nebenwirkungen der Tumorbehandlung litten. Bei ihnen führte auch die Entspannungstherapie zu einer stärkeren Reduktion der Angst.

Motivierende Gesprächsführung

In unserer Untersuchung sind wir von der Annahme ausgegangen, dass die Patienten, bei denen ein höherer psychoonkologischer Betreuungsbedarf diagnostiziert wurde, eher bereit wären, an der Studie und der damit verbundenen psychoonkologischen Intervention teilzunehmen. Wir mussten aber feststellen, dass ein großer Teil der Betreuungsbedürftigen, die Teilnahme an der Intervention von vornherein abgelehnte, weil es bei ihnen an der Motivation zur Behandlung fehlte (vgl. Tabelle 55). Bei einer psychotherapeutischen Behandlung, die vor allem Angst- und Depressionssymptome angeht, werden eine motivationale Handlungsbereitschaft und damit die Mitarbeit des Patienten eigentlich vorausgesetzt.

Bei der psychosozialen Betreuung von Suchtkranken besteht oft die Situation, dass Beratung und Unterstützung patientenseitig angefordert werden, ohne dass der betreffende Patient die Absicht hat, sein Verhalten zu verändern, obwohl es ihm möglich wäre. Er befindet sich in einem Ambivalenzkonflikt, wobei er die „Vorteile“ seines gegenwärtigen Verhaltens (z.B. zur Unterdrückung von Entzugerscheinungen und Angst) bei Aufrechterhalten seiner Sucht abwägt, gegenüber den „Nachteilen“ und Anstrengungen, die er beim Entzug des Suchtmittels in Kauf nehmen muss.

Eine Verhaltensänderung dieses Patienten kann erst erfolgen, wenn er aus dem Stadium der Absichtslosigkeit heraus gelangt, den Vorsatz einer Verhaltensänderung fasst und diesen in konkreten Maßnahmen umsetzt. Dies kann durch eine motivierende Gesprächsführung unterstützt werden.

Bezogen auf die Krebskranken ist eine Auseinandersetzung mit der Erkrankung im Sinn einer Änderung des Lebensstils nur schwer möglich. Der Ambivalenzkonflikt des Krebskranken besteht darin, dass er seine Krankheitssymptome nicht wahrhaben will und sie eher verleugnet. Durch die Unterdrückung emotional belastender Ereignisse versucht er, sein Befinden zu stabilisieren – in der Regel um den Preis des Fortschreitens der Erkrankung. Gewinnbringend für ihn wäre zum Beispiel die soziale Unterstützung, die er sich oft nicht in Anspruch zu nehmen getraut, um Abhängigkeiten gegenüber Anderen zu vermeiden.

Durch eine motivierende Gesprächsführung kann die Bewertung der emotional belastenden Situation des Patienten verändert werden. Eine Änderung der Copingstrategien des Patienten bei depressiver Verarbeitung und Rumination könnte für die Bearbeitung seines Ambivalenzkonflikts im Krankheitsprozess von Nutzen sein, indem er diese Copingstile aufgibt und zu einem aktiven problemorientierten Copingverhalten und zu einer Neubewertung emotional belastender Ereignisse motiviert wird.

Die aus dem Transtheoretischen Modell von Prochaska und DiClemente (1983) abgeleitete motivierende Gesprächsführung sollte in künftigen psychoonkologischen Interventionsformen den Belangen von Tumorerkrankten angepasst werden (Miller & Rollnick, 2015).

7.7 Limitation der Studie

Die Ergebnisse unserer Untersuchung werden durch die folgenden Fakten limitiert.

7.7.1 Studiendesign

Untersucht wurden nur Patienten mit gastrointestinalen Tumoren während ihrer intravenösen Chemotherapie. Dadurch wurden die Auswahl der Patienten und der Untersuchungszeitraum begrenzt. Patienten, die eine andere Form der Krebserkrankung hatten (z.B. Lungenkarzinome oder Leukämien) oder eine orale Chemotherapie bekamen, waren von der Teilnahme an der Studie ausgeschlossen.

In der ersten Voruntersuchung zur Studie wurde der psychoonkologische Behandlungsbedarf bei Patienten im Akutkrankenhaus ermittelt. Diesen Patienten wurde kein Interventionsangebot unterbreitet, da die Liegezeiten in der Klinik sehr kurz waren und somit nur vereinzelt Folgegespräche zur aktuellen Situation möglich gewesen wären. In der Hauptuntersuchung konnten sich die Patienten zwar für eine Teilnahme an einer psychoonkologischen Intervention entscheiden, aber ein Teil der chemotherapeutisch behandelten Krebspatienten (38,0 %) lehnte die Teilnahme an einer Behandlung ab. Die Patienten hatten für die Entscheidung nur eine geringe Bedenkzeit. Außerdem war ihnen nach der psychoonkologischen Di-

agnostik nicht bekannt, ob bei ihnen ein Betreuungsbedarf vorlag oder nicht. Das Wissen um den eigenen Betreuungsbedarf hätte ihre Teilnahmebereitschaft möglicherweise verändert.

Die zufallsbedingte Zuordnung zu einer Interventionsgruppe ist zwar wissenschaftlich korrekt, beeinträchtigt aber offensichtlich die Bereitschaft der Patienten für eine Teilnahme an der Untersuchung. Ebenso wäre es bei der Gesprächsgruppe vorteilhafter gewesen, die Themenauswahl bei der Intervention nicht zu randomisieren, sondern entsprechend dem Krankheitsstatus und den persönlichen Gegebenheiten des Krebskranken auszuwählen, was aber die Vergleichbarkeit der Ergebnisse erschwert hätte.

Ein weiterer störender Einflussfaktor war, dass die Durchführung der intravenösen Chemotherapie von krankheitsbedingten Gegebenheiten der Patienten abhängig war. So bekamen Patienten entweder einmal in der Woche ihre Therapie oder in einem vierzehntägigen Modus. Aus medizinischen Gründen musste die Chemotherapie bei einzelnen Patienten unterbrochen oder verschoben werden.

Die Pulsfrequenz ist möglicherweise nicht der geeignete psychophysiologische Parameter, um Reaktionen des Nervensystems als Ausdruck der subjektiven Krankheitsverarbeitung der Krebspatienten objektiviert zu erfassen.

7.7.2 Missing value

Die psychoonkologische Untersuchung bezog sich nur auf die Patienten, die das vollständige Studienprotokoll durchgeführt haben. Dennoch gab es bei einigen Patienten einzelne fehlende Angaben zu den Items der Fragebögen. Die Rate der Abbrecher war in der Studie hoch (30,8 %) und veränderte die Stichprobe der Patienten in der Form, dass schwerkranke und psychoonkologische Behandlungsbedürftige vorzeitig ausschieden. Interferenzen zwischen dem medizinischen Behandlungsverlauf und dem Ablauf der psychoonkologischen Intervention sind zu beachten.

Katamnestische Angaben der Krebspatienten lagen nur von etwa der Hälfte der Kranken vor.

7.7.3 Intervention

Sollte eine Verbesserung des psychischen Befindens des Krebspatienten durch die Intervention ausgeblieben sein, so bedeutet dies nicht, dass die psychoonkologische Behandlung nutzlos gewesen ist. Durch ihren Einfluss kann auch eine Verschlechterung des psychischen Befindens des Patienten verhindert worden sein. Dies hätte durch Querschnittuntersuchungen mit einer Kontrollgruppe ermittelt werden können.

Bezüglich der psychoonkologischen Interventionsform haben wir uns in der Längsschnittuntersuchung auf die Gesprächsführung und die progressive Muskelrelaxation festgelegt. Möglicherweise hätten andere psychotherapeutische Behandlungen, wie psychoanalytische Therapieverfahren oder imaginäre Entspannung zu einem anderen Interventionsergebnis geführt.

Durch die Ablehner der Studie mit einem hohen psychoonkologischen Betreuungsbedarf und durch die Studienabbrecher, die ebenfalls einen größeren psychoonkologischen Betreuungsbedarf hatten, ist der Anteil der hoch belasteten Patienten in der Hauptuntersuchung unserer Studie zugunsten der weniger stark belasteten verschoben. Wäre es möglich gewesen, diese beiden Patientengruppen voll mit einzubeziehen, hätte dies die Interventionserfolge vermutlich deutlicher zum Ausdruck gebracht.

7.7.4 Einflussfaktoren

Die Einflüsse sozialer Faktoren, wie Familie, Freunde, Beruf und Freizeitverhalten sowie die Kommunikationsfähigkeit der Patienten wurden in unserer Studie nicht hinreichend untersucht. Es ist davon auszugehen, dass auch die Angehörigen der gastrointestinalen Tumorpatienten psychoonkologischen Belastungen ausgesetzt sind, die interventionsbedürftig sind.

Der Zusammenhang zwischen Betreuungsbedarf, Teilnahmebereitschaft an einer psychoonkologischen Behandlung, den Interventionsformen und dem Einsatz von Copingstrategien der gastrointestinalen Tumorpatienten in ihrer wechselseitigen

Beeinflussung konnte durch unsere Untersuchung nicht vollständig aufgeklärt werden.

7.8 Ausblick und Ideen zur Fortführung

Aus den Limitationen unserer Untersuchung ergeben sich folgende Vorschläge für die weitere Forschungsarbeit über die psychoonkologische Betreuung gastrointestinaler Tumorpatienten.

Es sollte in Quer- und Längsschnittuntersuchungen herausgefunden werden, welche Patienten, zu welchem Zeitpunkt, mit welcher psychoonkologischen Interventionsmethode erfolgreich in Hinblick auf die Reduktion ihrer psychischen Symptome behandelt werden können.

Für weitere wissenschaftliche Untersuchungen zur psychoonkologischen Intervention bei krebskranken Patienten sollte überlegt werden, den Endpunkt anders zu definieren. Anstelle einer festen Anzahl von Interventionssitzungen könnte ein Zielkriterium festgelegt werden, das für jeden Patienten erreicht werden soll, z.B. eine Verminderung der Angst oder Depression oder eine Verbesserung der Lebensqualität auf ein bestimmtes Level. Dieses Zielkriterium wird dann bei manchen Patienten früher und bei anderen später (oder gar nicht) erreicht, so dass die Anzahl der benötigten Sitzungen für Vergleichsanalysen, beispielsweise zwischen unterschiedlichen Interventionsmethoden, herangezogen werden kann.

Der Betreuungsbedarf der Patienten ist zeitbezogen und sollte mehrfach festgestellt werden, z.B. zwischen und innerhalb der Phasen der Diagnoseübermittlung, der medizinischen Behandlung, der ambulanten Nachbetreuung oder beim Rezidiv der Tumorpatienten. Wissenschaftliche Studien bezüglich geeigneter Testinstrumente, um Besonderheiten des Betreuungsbedarfs in den einzelnen Krankheitsphasen zu erfassen, sowie Veränderungen des Betreuungsbedarfs der Patienten in den einzelnen Phasen, sind noch nicht verfügbar.

Vor Beginn einer psychoonkologischen Intervention sollten die Patienten über ihren diagnostizierten Betreuungsbedarf aufgeklärt und ihnen Behandlungsangebote unterbreitet werden. Die Vor- und Nachteile sowie die daraus resultierenden Effek-

te (z.B. Teilnahmebereitschaft zu einer psychoonkologischen Intervention) müssen noch untersucht werden.

Der medizinische Krankheitsverlauf und die medizinische Therapie sollten bei der Erfassung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs berücksichtigt werden. Dabei sollte besonderes auf die Diskrepanz zwischen dem objektiven Krankheitsverlauf und der subjektiven Beurteilung des Patienten bei der Einschätzung ihrer psychischen Symptome eingegangen werden.

Es ist anzunehmen, dass ein Zusammenhang besteht zwischen den Copingstrategien, die ein Patient anwendet, und der Effektivität bestimmter Interventionsmethoden. Dieser Zusammenhang müsste genauer untersucht werden. Der Cancer Coping Questionnaire könnte in diesem Zusammenhang ins Deutsche übertragen und standardisiert werden (Moorey, Frampton & Greer, 2003).

Weiterhin müsste untersucht werden, wie lange eine psychoonkologische Betreuung im Einzelfall fortgeführt werden muss und mit welcher Intensität (nieder- oder hochfrequente Abfolge) die Interventionssitzungen ablaufen sollten.

Ein häufig in der Therapie von Suchtkranken eingesetztes Interventionsverfahren ist die motivierende Gesprächsführung nach Miller und Rollnick (Miller & Rollnick, 2015). Diese direktive Interventionsform könnte für Krebspatienten adaptiert werden. In weiteren Untersuchungen sollte dann festgestellt werden, welche Auswirkungen der Einsatz dieses Verfahrens, z.B. direkt nach der Diagnosevermittlung, auf die Motivation zur Teilnahme an der späteren psychoonkologischen Intervention, den Betreuungsbedarf, die Angst, die Depression und die Lebensqualität hat. Es soll durch die Gesprächsführung eine Veränderung der Bewertung emotional belastender Ereignisse der Patienten in Form einer Veränderung ihres Copingstils erreicht werden.

Angehörige der Tumorpatienten sollten in die psychoonkologische Betreuung der Patienten integriert werden, um ihre sozialen Belastungen durch die Krebserkrankung besser verarbeiten zu können. Dazu gibt es noch keine konkreten Festlegungen. Sollen Angehörige von Krebspatienten unter sich psychoonkologisch betreut werden oder gemeinsam mit ihren Krebskranken? Zeitpunkt und Umfang sowie

die Behandlungsform für die Verminderung ihrer psychoonkologischen Belastungen sind nicht bekannt.

7.9 Resümee

Gastrointestinale Krebspatienten profitieren von einer psychoonkologischen Intervention selbst dann, wenn bei ihnen anfangs kein Betreuungsbedarf diagnostiziert wurde. Die Akzeptanz einer solchen Maßnahme als ergänzende Behandlung, ist bei den Tumorpatienten aber noch nicht stark genug ausgeprägt, so dass selbst diagnostisch behandlungsbedürftig erscheinende Patienten einer Teilnahme nicht voll zustimmen. Hier sollte der Wunsch nach einer psychoonkologischen Betreuung durch umfassende Aufklärung und den Abbau negativer Erwartungen geweckt werden.

Der medizinisch individualisierten Tumorthherapie muss ein individuelles psychotherapeutisches Vorgehen angepasst werden, um psychische Störungen bei den gastrointestinalen Krebspatienten zu vermindern oder gar abzuwenden.

8 Anhang

8.1 Statistische Daten zur ersten Voruntersuchung

Tabelle 37 Stichprobenbeschreibung der ersten Voruntersuchung

	<i>n</i>	%
Geschlecht	männlich	75 51,4%
	weiblich	71 48,6%
Altersklasse	< 60	28 19,2%
	60-69	40 27,4%
	≥ 70	78 53,4%
Partnerschaft	ja	96 65,8%
	nein	50 34,2%
Kinder	ja	122 83,6%
	nein	22 15,1%
	nicht bekannt	2 1,4%
Beruf	berufstätig	2 1,4%
	krank geschrieben	18 12,3%
	arbeitslos	5 3,4%
	Rente	121 82,9%
Diagnosegruppe	obere Gastro	43 29,5%
	untere Gastro	86 58,9%
	andere	17 11,6%
Diagnosen	Kolonkarzinom	56 38,4%
	Rektumkarzinom	25 17,1%
	Pankreaskarzinom	19 13,0%
	Magenkarzinom	16 11,0%
	Gallenblasenkarzinom	5 3,4%
	Ösophaguskarzinom	4 2,7%
	Leberkarzinom	18 2,1%
	andere	16 3,4%
Metastasen	ja	35 24,0%
	nein	40 27,4%
	nicht bekannt	71 48,6%
Krankheitsstatus	Ersterkrankung	81 55,5%
	Rezidiv	26 17,8%
	Zweittumor	21 14,4%
	Remission	2 1,4%
	derzeit nicht zu beurteilen	16 11,0%
Behandlung	OP	2 1,4%
	Chemotherapie	27 18,5%
	sonstige	1 0,7%

	<i>n</i>	%
	keine	108 74,0%
	Radiochemo	8 5,5%
weitere Krankheiten	ja	86 58,9%
	nein	42 28,8%
	nicht bekannt	18 12,3%
Erfahrung mit Psychothe- rapie	ja	26 17,8%
	nein	107 73,3%
	nicht bekannt	13 8,9%
Psychopharmaka	ja	36 24,7%
	nein	92 63,0%
	nicht bekannt	18 12,3%
Funktionsstatus	normale Aktivität	83 56,8%
	fast uneingeschränkt	37 25,3%
	weniger als 50% m Bett	16 11,0%
	mehr als 50% im Bett	6 4,1%
	bettlägerig	4 2,7%

Tabelle 38 Tatsächlicher Betreuungsbedarf der Stichprobe der ersten Voruntersuchung im Vergleich zur erwarteten 50:50 Verteilung

		Bedarf	kein Bedarf	Gesamt	X^2	<i>df</i>	<i>p</i>	η
tatsächliche	<i>n</i>	93	53	146	5,584	1	0,025	0,138
Verteilung	%	63,70%	36,30%	100,00%				
erwartete	<i>n</i>	73	73	146				
Verteilung	%	50,00%	50,00%	100,00%				

Tabelle 39 Itemsanalyse der somatischen und psychischen Belastung von Patienten in der Akutklinik (t-Test)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Erschöpfung/Mattigkeit						
Kein Bedarf	53	1,34	1,454	-4,357	144	0
Bedarf	93	2,42	1,432			
Schmerzen						
Kein Bedarf	53	0,58	0,842	-3,307	142	0,001
Bedarf	93	1,17	1,299			
Einschränkungen						
Kein Bedarf	53	1,02	1,217	-4,214	125	0
Bedarf	93	1,97	1,456			
sonstige somatische Belastungen						
Kein Bedarf	53	0,55	1,03	-0,337	144	0,737
Bedarf	93	0,61	1,189			
somatische Gesamtbelastung						
Kein Bedarf	53	3,49	2,584	-5,353	133	0
Bedarf	93	6,17	3,409			
Schlafstörungen						
Kein Bedarf	53	1,02	1,308	-3,749	144	0
Bedarf	93	1,94	1,48			
Stimmungsschwankungen						
Kein Bedarf	53	0,57	0,866	-7,066	138	0
Bedarf	93	1,81	1,245			
kognitive Einschränkungen						
Kein Bedarf	53	0,36	0,623	-2,254	135	0,026
Bedarf	93	0,63	0,844			
Hilflosigkeit						
Kein Bedarf	53	0,64	0,901	-5,312	142	0
Bedarf	93	1,66	1,403			
Angst						
Kein Bedarf	53	1,21	1,15	-6,747	144	0
Bedarf	93	2,53	1,129			
Scham						
Kein Bedarf	53	0,28	0,818	-2,829	140	0,005
Bedarf	93	0,76	1,228			
Trauer						
Kein Bedarf	53	0,51	0,8	-8,016	141	0
Bedarf	93	1,85	1,215			
sonstige psychischen Belastungen						
Kein Bedarf	53	0,45	1,011	0,188	144	0,851
Bedarf	93	0,42	1,046			
psychische Gesamtbelastung						
Kein Bedarf	53	5,04	3,311	-10,259	132	0
Bedarf	93	11,59	4,327			

Tabelle 40 Kontingenztafeln der Itemsanalyse der sozialen Belastung von Patienten in der Akutklinik

		kein Be- darf	Bedarf	Gesamt	X^2	df	p	η
familiäre Belastung								
nein	Anzahl	48	56	104	15,177	1	0	0,322
	Prozent	46,20%	53,80%	100,00%				
	Anteil Gesamt	90,60%	60,20%	71,20%				
ja	Anzahl	5	37	42				
	Prozent	11,90%	88,10%	100,00%				
	Anteil Gesamt	9,40%	39,80%	28,80%				
Gesamt	Anzahl	53	93	146				
	Prozent	36,30%	63,70%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
berufliche/wirtschaftliche Belastung								
nein	Anzahl	45	78	123	0,027	1	1	0,014
	Prozent	36,60%	63,40%	100,00%				
	Anteil Gesamt	84,90%	83,90%	84,20%				
ja	Anzahl	8	15	23				
	Prozent	34,80%	65,20%	100,00%				
	Anteil Gesamt	15,10%	16,10%	15,80%				
Gesamt	Anzahl	53	93	146				
	Prozent	36,30%	63,70%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
sonstige soziale Belastungen								
nein	Anzahl	47	67	114	5,46	1	0,022	0,193
	Prozent	41,20%	58,80%	100,00%				
	Anteil Gesamt	88,70%	72,00%	78,10%				
ja	Anzahl	6	26	32				
	Prozent	18,80%	81,30%	100,00%				
	Anteil Gesamt	11,30%	28,00%	21,90%				
Gesamt	Anzahl	53	93	146				
	Prozent	36,30%	63,70%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				

Tabelle 41 Kontingenztafeln der Charakteristik des Betreuungsbedarfs in der ersten Voruntersuchung

		kein Bedarf	Bedarf	Gesamt	X^2	df	p	η
Geschlecht								
männlich	n	31	44	75	1,689	1	0,229	0,108
	%	41,30%	58,70%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	58,50%	47,30%	51,40%				
weiblich	n	22	49	71				
	%	31,00%	69,00%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	41,50%	52,70%	48,60%				
Gesamt	n	53	93	146				
	%	36,30%	63,70%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Altersgruppe								
< 60	n	9	19	28	0,26	2	0,878	0,034
	%	32,10%	67,90%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	17,00%	20,40%	19,20%				
60-69	n	15	25	40				
	%	37,50%	62,50%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	28,30%	26,90%	27,40%				
≥ 70	n	29	49	78				
	%	37,20%	62,80%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	54,70%	52,70%	53,40%				
Gesamt	n	53	93	146				
	%	36,30%	63,70%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Partnerschaft								
ja	n	36	60	96	0,174	1	0,72	0,035
	%	37,50%	62,50%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	67,90%	64,50%	65,80%				
nein	n	17	33	50				
	%	34,00%	66,00%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	32,10%	35,50%	34,20%				
Gesamt	n	53	93	146				
	%	36,30%	63,70%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Kinder								
ja	n	44	78	122	0,001	1	1	0,002
	%	36,10%	63,90%	100,00%				

		kein Bedarf	Bedarf	Gesamt	X^2	df	p	η
	Anteil Gesamt	84,60%	84,80%	84,70%				
nein	n	8	14	22				
	%	36,40%	63,60%	100,00%				
	Anteil Gesamt	15,40%	15,20%	15,30%				
Gesamt	n	52	92	144				
	%	36,10%	63,90%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Beruf								
berufstätig	n	0	2	2	1,279	3	0,734	0,068
	%	0,00%	100,00%	100,00%				
	Anteil Gesamt	0,00%	2,20%	1,40%				
krank geschrie- ben	n	6	12	18				
	%	33,30%	66,70%	100,00%				
	Anteil Gesamt	11,30%	12,90%	12,30%				
arbeitslos	n	2	3	5				
	%	40,00%	60,00%	100,00%				
	Anteil Gesamt	3,80%	3,20%	3,40%				
Rente	n	45	76	121				
	%	37,20%	62,80%	100,00%				
	Anteil Gesamt	84,90%	81,70%	82,90%				
Gesamt	n	53	93	146				
	%	36,30%	63,70%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Diagnosegruppe								
obere Gastro	n	14	29	43	3,968	2	0,138	0,036
	%	32,60%	67,40%	100,00%				
	Anteil Gesamt	26,40%	31,20%	29,50%				
untere Gastro	n	36	50	86				
	%	41,90%	58,10%	100,00%				
	Anteil Gesamt	67,90%	53,80%	58,90%				
andere	n	3	14	17				
	%	17,60%	82,40%	100,00%				
	Anteil Gesamt	5,70%	15,10%	11,60%				
Gesamt	n	53	93	146				
	%	36,30%	63,70%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				

		kein Bedarf	Bedarf	Gesamt	X^2	df	p	η
Metastasen								
ja	n	14	7	21	4,688	1	0,040	0,25
	%	66,70%	33,30%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	40,00%	17,50%	28,00%				
nein	n	21	33	54				
	%	38,90%	61,10%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	60,00%	82,50%	72,00%				
Gesamt	n	35	40	75				
	%	46,70%	53,30%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Krankheitsstatus								
Ersterkrankung	n	32	49	81	9,542	4	0,049	0,088
	%	39,50%	60,50%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	60,40%	52,70%	55,50%				
Rezidiv	n	6	20	26				
	%	23,10%	76,90%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	11,30%	21,50%	17,80%				
Zweittumor	n	12	9	21				
	%	57,10%	42,90%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	22,60%	9,70%	14,40%				
Remission	n	0	2	2				
	%	0,00%	100,00%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	0,00%	2,20%	1,40%				
unbekannt	n	3	13	16				
	%	18,80%	81,30%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	5,70%	14,00%	11,00%				
Gesamt	n	53	93	146				
	%	36,30%	63,70%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Behandlung								
OP	n	0	2	2	4,189	4	0,381	0,139
	%	0,00%	100,00%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	0,00%	2,20%	1,40%				
Chemotherapie	n	9	18	27				
	%	33,30%	66,70%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	17,00%	19,40%	18,50%				
sonstige	n	0	1	1				

		kein Bedarf	Bedarf	Gesamt	X^2	df	p	η
	%	0,00%	100,00%	100,00%				
	Anteil Gesamt	0,00%	1,10%	0,70%				
keine	n	39	69	108				
	%	36,10%	63,90%	100,00%				
	Anteil Gesamt	73,60%	74,20%	74,00%				
Radiochemo	n	5	3	8				
	%	62,50%	37,50%	100,00%				
	Anteil Gesamt	9,40%	3,20%	5,50%				
Gesamt	n	53	93	146				
	%	36,30%	63,70%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
weitere Krankheiten								
ja	n	36	50	86	0,445	1	0,567	0,059
	%	41,90%	58,10%	100,00%				
	Anteil Gesamt	70,60%	64,90%	67,20%				
nein	n	15	27	42				
	%	35,70%	64,30%	100,00%				
	Anteil Gesamt	29,40%	35,10%	32,80%				
Gesamt	n	51	77	128				
	%	39,80%	60,20%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Erfahrung mit Psychotherapie								
ja	n	10	16	26	0,036	1	1	0,017
	%	38,50%	61,50%	100,00%				
	Anteil Gesamt	20,40%	19,00%	19,50%				
nein	n	39	68	107				
	%	36,40%	63,60%	100,00%				
	Anteil Gesamt	79,60%	81,00%	80,50%				
Gesamt	n	49	84	133				
	%	36,80%	63,20%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Psychopharmaka								
ja	n	13	23	36	0,1	1	0,841	0,028
	%	36,10%	63,90%	100,00%				
	Anteil Gesamt	26,50%	29,10%	28,10%				
nein	n	36	56	92				
	%	39,10%	60,90%	100,00%				

		kein Bedarf	Bedarf	Gesamt	X^2	df	p	η
	Anteil Gesamt	73,50%	70,90%	71,90%				
Gesamt	n	49	79	128				
	%	38,30%	61,70%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Funktionsstatus								
normale Aktivität	n	35	48	83	6,276	4	0,179	0,148
	%	42,20%	57,80%	100,00%				
	Anteil Gesamt	66,00%	51,60%	56,80%				
fast uneingeschränkt	n	10	27	37				
	%	27,00%	73,00%	100,00%				
	Anteil Gesamt	18,90%	29,00%	25,30%				
weniger als 50% im Bett	n	7	9	16				
	%	43,80%	56,30%	100,00%				
	Anteil Gesamt	13,20%	9,70%	11,00%				
mehr als 50% im Bett	n	1	5	6				
	%	16,70%	83,30%	100,00%				
	Anteil Gesamt	1,90%	5,40%	4,10%				
bettlägerig	n	0	4	4				
	%	0,00%	100,00%	100,00%				
	Anteil Gesamt	0,00%	4,30%	2,70%				
Gesamt	n	53	93	146				
	%	36,30%	63,70%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				

Tabelle 42 Charakteristik der somatischen Belastungen Studie der Patienten in einer Akutklinik (Anova – Analyse)

	n	M	SD	F	df	p	η
Geschlecht							
männlich	75	5	3,429		1		
weiblich	71	5,41	3,345		144		
Gesamt	146	5,2	3,383	0,53	145	0,468	0,004
Altersgruppe							
< 60	28	5,14	3,638				
60-69	40	5,85	3,676		2		
≥ 70	78	4,88	3,121		143		
Gesamt	146	5,2	3,383	1,083	145	0,341	0,015
Partnerschaft							
ja	96	4,91	3,434		1		

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>η</i>
nein	50	5,76	3,242		144		
Gesamt	146	5,2	3,383	2,11	145	0,148	0,014
Kinder							
ja	122	5,19	3,417		1		
nein	22	5,41	3,29		142		
Gesamt	144	5,22	3,387	0,079	143	0,78	0,001
Beruf							
berufstätig	2	3,5	4,95				
krank geschrie- ben	18	6,17	4,19				
arbeitslos	5	5,2	4,147		3		
Rente	121	5,08	3,219		142		
Gesamt	146	5,2	3,383	0,703	145	0,552	0,015
Diagnosegruppe							
obere Gastro	43	6,09	3,584				
untere Gastro	86	4,71	3,224		2		
andere	17	5,41	3,355		143		
Gesamt	146	5,2	3,383	2,486	145	0,087	0,034
Metastasen							
ja	35	5,43	3,229		1		
nein	40	5,4	3,895		73		
Gesamt	75	5,41	3,576	0,001	74	0,973	0
Krankheitsstatus							
Ersterkrankung	81	4,75	3,462				
Rezidiv	26	6,88	3,077				
Zweittumor	21	4	2,449				
Remission	2	6,5	3,536		4		
unbekannt	16	6,13	3,594		141		
Gesamt	146	5,2	3,383	3,179	145	0,016	0,083
Behandlung							
OP	2	5	1,414				
Chemotherapie	27	6,81	3,089				
sonstige	1	11	.				
keine	108	4,69	3,337		4		
Radiochemo	8	6	3,381		141		
Gesamt	146	5,2	3,383	3,194	145	0,015	0,083
weitere Krankheiten							
ja	86	5,15	3,593		1		
nein	42	4,64	3,019		126		
Gesamt	128	4,98	3,411	0,625	127	0,431	0,005
Erfahrung mit Psychotherapie							
ja	26	6,19	3,611		1		
nein	107	4,78	3,213		131		
Gesamt	133	5,05	3,329	3,871	132	0,051	0,029
Psychopharmaka							
ja	36	6,28	3,444		1		
nein	92	4,49	3,229		126		

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>η</i>
Gesamt	128	4,99	3,375	7,646	126	0,007	0,057
Funktionsstatus							
normale Aktivität	83	4,31	3,162				
fast uneingeschränkt	37	5,57	3,313				
weniger als 50% im Bett	16	7,25	2,793				
mehr als 50% im Bett	6	7,17	4,262		4		
bettlägerig	4	9	2,449		141		
Gesamt	146	5,2	3,383	5,345	145	0	0,132

Tabelle 43 Charakteristik der psychischen Belastung in Bezug auf die Patientin in der Akutklinik (Anova-Analyse)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>η</i>
Geschlecht							
männlich	75	8,29	4,868		1		
weiblich	71	10,18	5,153		144		
Gesamt	146	9,21	5,08	5,193	145	0,024	0,035
Altersgruppe							
< 60	28	10,32	5,243				
60-69	40	8,85	4,964		2		
≥ 70	78	9	5,091		143		
Gesamt	146	9,21	5,08	0,835	145	0,436	0,012
Partnerschaft							
ja	96	8,76	5,082		1		
nein	50	10,08	5,014		144		
Gesamt	146	9,21	5,08	2,237	145	0,137	0,015
Kinder							
ja	122	9,22	4,942		1		
nein	22	9,41	5,82		142		
Gesamt	144	9,25	5,064	0,025	143	0,873	0
Beruf							
berufstätig	2	13,5	6,364				
krank geschrieben	18	9,22	4,152				
arbeitslos	5	11	6,928		3		
Rente	121	9,07	5,133		142		
Gesamt	146	9,21	5,08	0,71	145	0,547	0,015
Diagnosegruppe							
obere Gastro	43	9,84	5,019				
untere Gastro	86	8,58	5,214		2		
andere	17	10,82	4,172		143		
Gesamt	146	9,21	5,08	1,865	145	0,159	0,025
Metastasen							
ja	35	8,6	4,924		1		

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>η</i>
nein	40	10,4	5,053		73		
Gesamt	75	9,56	5,041	2,426	74	0,124	0,032
Krankheitsstatus							
Ersterkrankung	81	9,09	4,907				
Rezidiv	26	11,31	5,676				
Zweittumor	21	5,9	3,885				
Remission	2	13,5	6,364		4		
unbekannt	16	10,25	4,235		141		
Gesamt	146	9,21	5,08	4,209	145	0,003	0,107
Behandlung							
OP	2	10	9,899				
Chemotherapie	27	10,93	5,313				
sonstige	1	15	.				
keine	108	8,82	4,891		4		
Radiochemo	8	7,75	5,392		141		
Gesamt	146	9,21	5,08	1,445	145	0,222	0,039
weitere Krankheiten							
ja	86	8,78	5,1		1		
nein	42	8,98	5,077		126		
Gesamt	128	8,84	5,073	0,042	127	0,837	0
Erfahrung mit Psychotherapie							
ja	26	10	5,146		1		
nein	107	8,78	5,064		131		
Gesamt	133	9,02	5,084	1,215	132	0,272	0,009
Psychopharmaka							
ja	36	9,11	5,181		1		
nein	92	8,61	4,876		126		
Gesamt	128	8,75	4,949	0,265	127	0,607	0,002
Funktionsstatus							
normale Aktivität	83	8,55	4,847				
fast uneingeschränkt	37	9,68	5,239				
weniger als 50% im Bett	16	10,25	4,768				
mehr als 50% im Bett	6	11	7,589		4		
bettlägerig	4	11,75	5,56		141		
Gesamt	146	9,21	5,08	1,028	145	0,395	0,028

8.2 Statistische Daten zur zweiten Voruntersuchung

Tabelle 44 Stichprobenbeschreibung der Untersuchung Entscheidungsverhalten

	<i>n</i>	%		<i>n</i>	%
Studiensituation			Diagnosen		
Teilnehmer	82	31,2%	Kolonkarzinom	96	36,5%
Ablehner	100	38,0%	Pankreaskarzinom	66	25,1%
Abbrecher	81	30,8%	Magenkarzinom	46	17,5%
Gesamt	263	100,0%	Rektumkarzinom	36	13,7%
Geschlecht			Ösophaguskarzinom	6	2,3%
männlich	169	64,3%	Gallenblasenkarzinom	6	2,3%
weiblich	94	35,7%	Leberkarzinom	2	0,7%
Gesamt	263	100,0%	unbekannt	5	1,9%
Altersgruppe			Metastasen		
< 60	52	19,8%	ja	133	50,6%
60-69	75	28,5%	nein	130	49,4%
≥ 70	136	51,7%	Gesamt	263	100,0%
Gesamt	263	100,0%	Krankheitsstatus		
Partnerschaft			Ersterkrankung	194	73,8%
ja	202	76,8%	Rezidiv	26	9,9%
nein	60	22,8%	Zweittumor	35	13,3%
Gesamt	262	99,6%	unbekannt	8	3,0%
Kinder			Gesamt	263	100,0%
ja	225	85,6%	Behandlung		
nein	38	14,4%	OP	150	57,0%
Gesamt	263	100,0%	Chemotherapie	2	0,8%
Beruf			sonstige	9	3,4%
berufstätig	26	9,9%	keine	102	38,8%
krank geschrieben	38	14,4%	Gesamt	263	100,0%
arbeitslos	7	2,7%	Behandlungsziel		
Rente	188	71,5%	nicht palliativ	89	33,8%
sonstige	4	1,5%	palliativ	174	66,2%
Gesamt	263	100,0%	Gesamt	263	100,0%
Diagnosegruppe			weitere Krankheiten		
obere Gastro	127	48,3%	ja	192	73,0%
untere Gastro	132	50,2%	nein	71	27,0%
Gesamt	259	98,5%	Gesamt	263	100,0%

	<i>n</i>	%
Erfahrung mit Psychotherapie		
ja	25	9,5%
nein	191	72,6%
unbekannt	47	17,9%
Gesamt	263	100,0%
Psychopharmaka		
ja	22	8,4%
nein	183	69,6%
unbekannt	58	22,1%
Gesamt	263	100,0%

	<i>n</i>	%
Funktionsstatus		
normale Aktivität	138	52,5%
fast uneingeschränkt	67	25,5%
weniger als 50% im Bett	34	12,9%
mehr als 50% im Bett	21	8,0%
bettlägerig	3	1,1%
Gesamt	263	100,0%
Funktionsstatus gruppiert		
normale Aktivität	138	52,5%
eingeschränkt	125	47,5%
Gesamt	263	100,0%
Verstorben		
nein	81	30,8%
ja	121	46,0%
unbekannt	61	23,2%
Gesamt	263	100,0%

Tabelle 45 Kontingenztafeln zum Vergleich der ersten mit der zweiten Voruntersuchung in Bezug auf den Betreuungsbedarf, Geschlecht, Behandlung und Erfahrungen mit der Psychotherapie

Betreuungsbedarf		kein Bedarf	Bedarf	Gesamt	X^2	df	p	η
1. Voruntersuchung	n	53	93	146	16,740	1	<0,001	0,202
	%	36,30%	63,70%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	27,00%	43,70%	35,70%				
2. Voruntersuchung	n	151	112	263				
	%	57,40%	42,60%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	74,00%	54,60%	64,30%				
Gesamt	n	204	205	409				
	%	49,90%	50,10%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				

Geschlecht		männlich	weiblich	Gesamt	X^2	df	p	η
1. Voruntersuchung	n	75	71	146	6,480	1	0,012	0,126
	%	51,40%	48,60%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	30,70%	43,00%	35,70%				
2. Voruntersuchung	n	169	94	263				
	%	64,30%	35,70%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	69,30%	57,00%	64,30%				
Gesamt	n	244	165	409				
	%	59,70%	40,30%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				

Behandlung		OP	keine OP	Gesamt	X^2	df	p	η
1. Voruntersuchung	n	2	144	146	124,569	1	0	0,552
	%	1,40%	98,60%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	1,30%	56,00%	35,70%				
2. Voruntersuchung	n	150	113	263				
	%	57,00%	43,00%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	98,70%	44,00%	64,30%				
Gesamt	n	152	257	409				
	%	37,20%	62,80%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				

	Diagnose	obere Gastro	untere Gastro	Gesamt	X^2	df	p	η
1. Voruntersu- chung	n	43	86	129	8,624	1	0,003	0,149
	%	33,30%	66,70%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	25,30%	39,40%	33,20%				
2. Voruntersu- chung	n	127	132	259				
	%	49,00%	51,00%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	74,70%	60,60%	66,80%				
Gesamt	n	170	218	388				
	%	43,80%	56,20%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Erfahrungen mit Psychothe- rapie		ja	nein	Gesamt	X^2	df	p	η
1. Voruntersu- chung	n	26	107	133	4,196	1	0,044	0,11
	%	19,50%	80,50%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	51,00%	35,90%	38,10%				
2. Voruntersu- chung	n	25	191	216				
	%	11,60%	88,40%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	49,00%	64,10%	61,90%				
Gesamt	n	51	298	349				
	%	14,60%	85,40%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				

1. Voruntersuchung = Betreuungsbedarf

2. Voruntersuchung = Entscheidungsverhalten

Tabelle 46 Itemanalyse der somatischen und psychischen Belastungen in Bezug auf den Betreuungsbedarf (t-Test)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Erschöpfung						
kein Bedarf	143	0,9	0,952	-6,609	213	0
Bedarf	120	1,85	1,307			
Schmerzen						
kein Bedarf	143	0,63	0,853	-4,994	190	0
Bedarf	120	1,36	1,395			
Einschränkungen						
kein Bedarf	143	0,88	0,884	-5,304	199	0
Bedarf	120	1,64	1,346			
sonstige somatische Belastungen						
kein Bedarf	143	0,55	0,87	-4,246	199	0
Bedarf	120	1,15	1,32			
somatische Gesamtbelastung						
kein Bedarf	143	2,95	2,228	-8,879	213	0
Bedarf	120	5,93	3,062			
Schlafstörungen						
kein Bedarf	143	0,76	0,942	-6,028	204	0
Bedarf	120	1,66	1,381			
Stimmungsschwankungen						
kein Bedarf	143	0,73	0,88	-6,477	217	0
Bedarf	120	1,58	1,172			
kognitive Einschränkungen						
kein Bedarf	143	0,22	0,523	-2,76	199	0,006
Bedarf	120	0,46	0,798			
Hilflosigkeit						
kein Bedarf	143	0,58	0,843	-5,689	197	0
Bedarf	120	1,37	1,302			
Angst						
kein Bedarf	143	1,21	0,97	-10,177	224	0
Bedarf	120	2,63	1,237			
Scham						
kein Bedarf	143	0,15	0,464	-3,958	159	0
Bedarf	120	0,56	1,035			
Trauer						
kein Bedarf	141	0,51	0,771	-8,085	190	0
Bedarf	120	1,58	1,267			
sonstige psychischen Belastungen						
kein Bedarf	143	0,16	0,499	-2,121	190	0,035
Bedarf	120	0,34	0,815			
psychische Gesamtbelastung						
kein Bedarf	143	4,33	3,007	-11,159	189	0
Bedarf	120	10,1	4,951			

Tabelle 47 Kontingenztafeln der Itemsanalyse der sozialen Belastung in Bezug auf den Betreuungsbedarf bei Teilnehmer/Abbrecher und Ablehnen

		kein Be- darf	Bedarf	Gesamt	X^2	df	p	η
familiäre Belastung								
nein	n	135	81	216				
	%	62,50%	37,50%	100,00%				
	Anteil Gesamt	94,40%	67,50%	82,10%				
ja	n	8	39	47				
	%	17,00%	83,00%	100,00%				
	Anteil Gesamt	5,60%	32,50%	17,90%				
Gesamt	n	143	120	263	32,182	1	0	0,35
	%	54,40%	45,60%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
berufliche/wirtschaftliche Belastung								
nein	n	139	108	247				
	%	56,30%	43,70%	100,00%				
	Anteil Gesamt	97,20%	90,00%	93,90%				
ja	n	4	12	16				
	%	25,00%	75,00%	100,00%				
	Anteil Gesamt	2,80%	10,00%	6,10%				
Gesamt	n	143	120	263	5,925	1	0,019	0,15
	%	54,40%	45,60%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
sonstige soziale Belastungen								
nein	n	141	111	252				
	%	56,00%	44,00%	100,00%				
	Anteil Gesamt	98,60%	92,50%	95,80%				
ja	n	2	9	11				
	%	18,20%	81,80%	100,00%				
	Anteil Gesamt	1,40%	7,50%	4,20%				
Gesamt	n	143	120	263	6,061	1	0,026	0,152
	%	54,40%	45,60%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				

Tabelle 48 Kontingenztafeln der Stichprobencharakteristik der Teilnehmer/Abbrecher und Ablehner einer Studie

		kein Bedarf	Bedarf	Gesamt	X^2	df	p	η
Geschlecht								
männlich	n	107	62	169	15,236	1	0	0,241
	%	63,30%	36,70%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	74,80%	51,70%	64,30%				
weiblich	n	36	58	94				
	%	38,30%	61,70%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	25,20%	48,30%	35,70%				
Gesamt	n	143	120	263				
	%	54,40%	45,60%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Altersgruppe								
< 60	n	23	29	52	2,697	2	0,26	0,081
	%	44,20%	55,80%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	16,10%	24,20%	19,80%				
60-69	n	43	32	75				
	%	57,30%	42,70%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	30,10%	26,70%	28,50%				
≥ 70	n	77	59	136				
	%	56,60%	43,40%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	53,80%	49,20%	51,70%				
Gesamt	n	143	120	263				
	%	54,40%	45,60%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Partnerschaft								
Ja	n	114	88	202	1,225	1	0,302	0,068
	%	56,40%	43,60%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	79,70%	73,90%	77,10%				
Nein	n	29	31	60				
	%	48,30%	51,70%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	20,30%	26,10%	22,90%				
Gesamt	n	143	119	262				
	%	54,60%	45,40%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Kinder								
Ja	n	124	101	225	0,342	1	0,6	0,036
	%	55,10%	44,90%	100,00%				

		kein Bedarf	Bedarf	Gesamt	X^2	df	p	η
	Anteil Gesamt	86,70%	84,20%	85,60%				
nein	n	19	19	38				
	%	50,00%	50,00%	100,00%				
	Anteil Gesamt	13,30%	15,80%	14,40%				
Gesamt	n	143	120	263				
	%	54,40%	45,60%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Beruf								
berufstätig	n	13	13	26	1,286	4	0,864	0,032
	%	50,00%	50,00%	100,00%				
	Anteil Gesamt	9,10%	10,80%	9,90%				
krank geschrie- ben	n	21	17	38				
	%	55,30%	44,70%	100,00%				
	Anteil Gesamt	14,70%	14,20%	14,40%				
arbeitslos	n	3	4	7				
	%	42,90%	57,10%	100,00%				
	Anteil Gesamt	2,10%	3,30%	2,70%				
Rente	n	103	85	188				
	%	54,80%	45,20%	100,00%				
	Anteil Gesamt	72,00%	70,80%	71,50%				
sonstige	n	3	1	4				
	%	75,00%	25,00%	100,00%				
	Anteil Gesamt	2,10%	0,80%	1,50%				
Gesamt	n	143	120	263				
	%	54,40%	45,60%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Diagnosegruppe								
obere Gastro	n	70	57	127	0,001	1	1	0,002
	%	55,10%	44,90%	100,00%				
	Anteil Gesamt	49,00%	49,10%	49,00%				
untere Gastro	n	73	59	132				
	%	55,30%	44,70%	100,00%				
	Anteil Gesamt	51,00%	50,90%	51,00%				
Gesamt	n	143	116	259				
	%	55,20%	44,80%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				

		kein Bedarf	Bedarf	Gesamt	X^2	df	p	η
Metastasen								
Ja	n	73	60	133	0,029	1	0,902	0,01
	%	54,90%	45,10%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	51,00%	50,00%	50,60%				
Nein	n	70	60	130				
	%	53,80%	46,20%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	49,00%	50,00%	49,40%				
Gesamt	n	143	120	263				
	%	54,40%	45,60%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Krankheitsstatus								
Ersterkrankung	n	108	86	194	3,151	3	0,369	0,011
	%	55,70%	44,30%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	75,50%	71,70%	73,80%				
Rezidiv	n	11	15	26				
	%	42,30%	57,70%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	7,70%	12,50%	9,90%				
Zweittumor	n	18	17	35				
	%	51,40%	48,60%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	12,60%	14,20%	13,30%				
derzeit nicht zu beurteilen	n	6	2	8				
	%	75,00%	25,00%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	4,20%	1,70%	3,00%				
Gesamt	n	143	120	263				
	%	54,40%	45,60%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Behandlung								
OP	n	75	75	150	5,317	3	0,15	0,085
	%	50,00%	50,00%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	52,40%	62,50%	57,00%				
Chemotherapie	n	2	0	2				
	%	100,00%	0,00%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	1,40%	0,00%	0,80%				
sonstige	n	7	2	9				
	%	77,80%	22,20%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	4,90%	1,70%	3,40%				
Keine	n	59	43	102				

		kein Bedarf	Bedarf	Gesamt	X^2	df	p	η
	%	57,80%	42,20%	100,00%				
	Anteil Gesamt	41,30%	35,80%	38,80%				
Gesamt	n	143	120	263				
	%	54,40%	45,60%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Behandlungsziel								
nicht palliativ	n	52	37	89	0,891	1	0,362	0,058
	%	58,40%	41,60%	100,00%				
	Anteil Gesamt	36,40%	30,80%	33,80%				
palliativ	n	91	83	174				
	%	52,30%	47,70%	100,00%				
	Anteil Gesamt	63,60%	69,20%	66,20%				
Gesamt	n	143	120	263				
	%	54,40%	45,60%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
weitere Krankheiten								
ja	n	109	83	192	1,649	1	0,212	0,079
	%	56,80%	43,20%	100,00%				
	Anteil Gesamt	76,20%	69,20%	73,00%				
nein	n	34	37	71				
	%	47,90%	52,10%	100,00%				
	Anteil Gesamt	23,80%	30,80%	27,00%				
Gesamt	n	143	120	263				
	%	54,40%	45,60%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Erfahrung mit Psychotherapie								
ja	n	5	20	25	11,151	1	0,001	0,227
	%	20,00%	80,00%	100,00%				
	Anteil Gesamt	4,50%	19,00%	11,60%				
nein	n	106	85	191				
	%	55,50%	44,50%	100,00%				
	Anteil Gesamt	95,50%	81,00%	88,40%				
Gesamt	n	111	105	216				
	%	51,40%	48,60%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Psychopharmaka								
ja	n	7	15	22	4,101	1	0,069	0,141

		kein Bedarf	Bedarf	Gesamt	X^2	df	p	η
	%	31,80%	68,20%	100,00%				
	Anteil Gesamt	6,50%	15,30%	10,70%				
Nein	n	100	83	183				
	%	54,60%	45,40%	100,00%				
	Anteil Gesamt	93,50%	84,70%	89,30%				
Gesamt	n	107	98	205				
	%	52,20%	47,80%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Funktionsstatus								
normale Aktivität	n	85	53	138	9,011	4	0,061	0,159
	%	61,60%	38,40%	100,00%				
	Anteil Gesamt	59,40%	44,20%	52,50%				
fast uneingeschränkt	n	33	34	67				
	%	49,30%	50,70%	100,00%				
	Anteil Gesamt	23,10%	28,30%	25,50%				
weniger als 50% im Bett	n	15	19	34				
	%	44,10%	55,90%	100,00%				
	Anteil Gesamt	10,50%	15,80%	12,90%				
mehr als 50% im Bett	n	10	11	21				
	%	47,60%	52,40%	100,00%				
	Anteil Gesamt	7,00%	9,20%	8,00%				
bettlägerig	n	0	3	3				
	%	0,00%	100,00%	100,00%				
	Anteil Gesamt	0,00%	2,50%	1,10%				
Gesamt	n	143	120	263				
	%	54,40%	45,60%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Funktionsstatus gruppiert								
normale Aktivität	n	85	53	138	6,104	1	0,018	0,152
	%	61,60%	38,40%	100,00%				
	Anteil Gesamt	59,40%	44,20%	52,50%				
eingeschränkt	n	58	67	125				
	%	46,40%	53,60%	100,00%				
	Anteil Gesamt	40,60%	55,80%	47,50%				
Gesamt	n	143	120	263				
	%	54,40%	45,60%	100,00%				
	Anteil	100,00%	100,00%	100,00%				

		kein Bedarf	Bedarf	Gesamt	X^2	df	p	η
Gesamt								
Verstorben								
nein	n	52	29	81	3,808	2	0,149	0,077
	%	64,20%	35,80%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	42,60%	31,50%	37,90%				
ja	n	62	59	121				
	%	51,20%	48,80%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	50,80%	64,10%	56,50%				
unbekannt	n	8	4	12				
	%	66,70%	33,30%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	6,60%	4,30%	5,60%				
Gesamt	n	122	92	214				
	%	57,00%	43,00%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				

Tabelle 49 Somatische und psychische Belastungsformen bei Teilnehmern/Abbrechern und Ablehnern (t-Test)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Erschöpfung						
Teilnehmer/Abbrecher	163	1,36	1,261	0,463	261	0,644
Ablehner	100	1,29	1,157			
Schmerzen						
Teilnehmer/Abbrecher	163	1,02	1,222	1,091	261	0,276
Ablehner	100	0,86	1,128			
Einschränkungen						
Teilnehmer/Abbrecher	163	1,27	1,192	0,733	261	0,464
Ablehner	100	1,16	1,161			
sonstige somatische Belastungen						
Teilnehmer/Abbrecher	163	0,86	1,175	0,615	261	0,539
Ablehner	100	0,77	1,072			
somatische Gesamtbelastung						
Teilnehmer/Abbrecher	163	4,48	3,106	1,183	261	0,238
Ablehner	100	4,03	2,887			
Schlafstörungen						
Teilnehmer/Abbrecher	163	1,31	1,288	2,343	229	0,02
Ablehner	100	0,95	1,14			
Stimmungsschwankungen						
Teilnehmer/Abbrecher	163	1,18	1,145	1,242	261	0,215
Ablehner	100	1,01	1,03			
kognitive Einschränkungen						
Teilnehmer/Abbrecher	163	0,42	0,753	3,202	261	0,002
Ablehner	100	0,18	0,479			
Hilflosigkeit						
Teilnehmer/Abbrecher	163	1,07	1,235	2,617	249	0,009
Ablehner	100	0,72	0,944			
Angst						
Teilnehmer/Abbrecher	163	1,97	1,312	1,813	261	0,071
Ablehner	100	1,67	1,28			
Scham						
Teilnehmer/Abbrecher	163	0,4	0,914	1,917	261	0,056
Ablehner	100	0,23	0,566			
Trauer						
Teilnehmer/Abbrecher	161	1,06	1,218	1,031	259	0,303
Ablehner	100	0,91	1,055			
sonstige psychischen Belastungen						
Teilnehmer/Abbrecher	163	0,26	0,727	0,635	261	0,526
Ablehner	100	0,21	0,556			
psychische Gesamtbelastung						
Teilnehmer/Abbrecher	163	7,69	5,264	3,282	247	0,001
Ablehner	100	5,78	4,094			

Tabelle 50 Kontingenztafeln der Soziale Belastung bei Teilnehmern/Abbrecher und Ablehnern

		Teilnehmer/Abbrecher	Ablehner	Gesamt	X^2	df	p	η
familiäre Belastung								
nein	n	134	82	216	0,002	1	1	0,003
	%	62,00%	38,00%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	82,20%	82,00%	82,10%				
ja	n	29	18	47				
	%	61,70%	38,30%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	17,80%	18,00%	17,90%				
Gesamt	n	163	100	263				
	%	62,00%	38,00%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
berufliche/wirtschaftliche Belastung								
nein	n	153	94	247	0,002	1	1	0,003
	%	61,90%	38,10%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	93,90%	94,00%	93,90%				
ja	n	10	6	16				
	%	62,50%	37,50%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	6,10%	6,00%	6,10%				
Gesamt	n	163	100	263				
	%	62,00%	38,00%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
sonstige soziale Belastungen								
nein	n	154	98	252	1,918	1	0,215	0,085
	%	61,10%	38,90%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	94,50%	98,00%	95,80%				
ja	n	9	2	11				
	%	81,80%	18,20%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	5,50%	2,00%	4,20%				
Gesamt	n	163	100	263				
	%	62,00%	38,00%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				

Tabelle 51 Kontingenztafeln der demografische Faktoren bei Teilnehmern/Abbrechern und Ablehnern

		Teilnehmer/Abbrecher	Ablehner	Gesamt	X^2	df	p	η
Geschlecht								
männlich	n	103	66	169	0,213	1	0,692	0,028
	%	60,90%	39,10%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	63,20%	66,00%	64,30%				
weiblich	n	60	34	94				
	%	63,80%	36,20%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	36,80%	34,00%	35,70%				
Gesamt	n	163	100	263				
	%	62,00%	38,00%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Altersgruppe								
< 60	n	33	19	52	8,477	2	0,014	0,111
	%	63,50%	36,50%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	20,20%	19,00%	19,80%				
60-69	n	56	19	75				
	%	74,70%	25,30%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	34,40%	19,00%	28,50%				
≥ 70	n	74	62	136				
	%	54,40%	45,60%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	45,40%	62,00%	51,70%				
Gesamt	n	163	100	263				
	%	62,00%	38,00%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Partnerschaft								
Ja	n	126	76	202	0,1	1	1	0,006
	%	62,40%	37,60%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	77,30%	76,80%	77,10%				
Nein	n	37	23	60				
	%	61,70%	38,30%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	22,70%	23,20%	22,90%				
Gesamt	n	163	99	262				
	%	62,20%	37,80%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Kinder								
Ja	n	140	85	225	0,04	1	0,858	0,012
	%	62,20%	37,80%	100,00%				

		Teilnehmer/Abbrecher	Ablehner	Gesamt	X^2	df	p	η
	Anteil Gesamt	85,90%	85,00%	85,60%				
nein	n	23	15	38				
	%	60,50%	39,50%	100,00%				
	Anteil Gesamt	14,10%	15,00%	14,40%				
Gesamt	n	163	100	263				
	%	62,00%	38,00%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Beruf								
berufstätig	n	19	7	26	5,266	4	0,261	0,105
	%	73,10%	26,90%	100,00%				
	Anteil Gesamt	11,70%	7,00%	9,90%				
krank geschrie- ben	n	26	12	38				
	%	68,40%	31,60%	100,00%				
	Anteil Gesamt	16,00%	12,00%	14,40%				
arbeitslos	n	6	1	7				
	%	85,70%	14,30%	100,00%				
	Anteil Gesamt	3,70%	1,00%	2,70%				
Rente	n	109	79	188				
	%	58,00%	42,00%	100,00%				
	Anteil Gesamt	66,90%	79,00%	71,50%				
sonstige	n	3	1	4				
	%	75,00%	25,00%	100,00%				
	Anteil Gesamt	1,80%	1,00%	1,50%				
Gesamt	n	163	100	263				
	%	62,00%	38,00%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Diagnosegruppe								
obere Gastro	n	78	49	127	0,014	1	1	0,007
	%	61,40%	38,60%	100,00%				
	Anteil Gesamt	48,80%	49,50%	49,00%				
untere Gastro	n	82	50	132				
	%	62,10%	37,90%	100,00%				
	Anteil Gesamt	51,30%	50,50%	51,00%				
Gesamt	n	160	99	259				
	%	61,80%	38,20%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Metastasen								

		Teilnehmer/Abbrecher	Ablehner	Gesamt	X^2	df	p	η
Ja	n	84	49	133	0,159	1	0,705	0,025
	%	63,20%	36,80%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	51,50%	49,00%	50,60%				
Nein	n	79	51	130				
	%	60,80%	39,20%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	48,50%	51,00%	49,40%				
Gesamt	n	163	100	263				
	%	62,00%	38,00%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Krankheitsstatus								
Ersterkrankung	n	128	66	194	6,462	3	0,091	0,128
	%	66,00%	34,00%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	78,50%	66,00%	73,80%				
Rezidiv	n	12	14	26				
	%	46,20%	53,80%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	7,40%	14,00%	9,90%				
Zweitumor	n	20	15	35				
	%	57,10%	42,90%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	12,30%	15,00%	13,30%				
derzeit nicht zu beurteilen	n	3	5	8				
	%	37,50%	62,50%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	1,80%	5,00%	3,00%				
Gesamt	n	163	100	263				
	%	62,00%	38,00%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Behandlung								
OP	n	98	52	150	4,565	3	0,207	0,063
	%	65,30%	34,70%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	60,10%	52,00%	57,00%				
Chemotherapie	n	0	2	2				
	%	0,00%	100,00%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	0,00%	2,00%	0,80%				
sonstige	n	5	4	9				
	%	55,60%	44,40%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	3,10%	4,00%	3,40%				
Keine	n	60	42	102				
	%	58,80%	41,20%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	36,80%	42,00%	38,80%				

		Teilnehmer/Abbrecher	Ablehner	Gesamt	X^2	df	p	η
Gesamt								
Gesamt	n	163	100	263				
	%	62,00%	38,00%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Behandlungsziel								
nicht palliativ	n	55	34	89	0,002	1	1	0,003
	%	61,80%	38,20%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	33,70%	34,00%	33,80%				
palliativ	n	108	66	174				
	%	62,10%	37,90%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	66,30%	66,00%	66,20%				
Gesamt	n	163	100	263				
	%	62,00%	38,00%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
weitere Krankheiten								
ja	n	116	76	192	0,735	1	0,475	0,053
	%	60,40%	39,60%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	71,20%	76,00%	73,00%				
nein	n	47	24	71				
	%	66,20%	33,80%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	28,80%	24,00%	27,00%				
Gesamt	n	163	100	263				
	%	62,00%	38,00%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Erfahrung mit Psychotherapie								
ja	n	16	9	25	0,004	1	1	0,004
	%	64,00%	36,00%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	11,70%	11,40%	11,60%				
nein	n	121	70	191				
	%	63,40%	36,60%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	88,30%	88,60%	88,40%				
Gesamt	n	137	79	216				
	%	63,40%	36,60%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Psychopharmaka								
ja	n	11	11	22	1,248	1	0,355	0,078
	%	50,00%	50,00%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	8,80%	13,80%	10,70%				

		Teilnehmer/Abbrecher	Ablehner	Gesamt	X^2	df	p	η				
Nein	n	114	69	183	9,104	4	0,059	0,109				
	%	62,30%	37,70%	100,00%								
	Anteil											
	Gesamt	91,20%	86,30%	89,30%								
Gesamt	n	125	80	205								
	%	61,00%	39,00%	100,00%								
	Anteil											
	Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%								
Funktionsstatus												
normale Aktivität	n	90	48	138								
	%	65,20%	34,80%	100,00%								
	Anteil											
	Gesamt	55,20%	48,00%	52,50%								
fast uneingeschränkt	n	44	23	67								
	%	65,70%	34,30%	100,00%								
	Anteil											
	Gesamt	27,00%	23,00%	25,50%								
weniger als 50% m Bett	n	18	16	34								
	%	52,90%	47,10%	100,00%								
	Anteil											
	Gesamt	11,00%	16,00%	12,90%								
mehr als 50% im Bett	n	8	13	21								
	%	38,10%	61,90%	100,00%								
	Anteil											
	Gesamt	4,90%	13,00%	8,00%								
bettlägerig	n	3	0	3								
	%	100,00%	0,00%	100,00%								
	Anteil											
	Gesamt	1,80%	0,00%	1,10%								
Gesamt	n	163	100	263								
	%	62,00%	38,00%	100,00%								
	Anteil											
	Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%								
Funktionsstatus gruppiert												
normale Aktivität	n	90	48	138	1,294	1	0,309	0,07				
	%	65,20%	34,80%	100,00%								
	Anteil											
	Gesamt	55,20%	48,00%	52,50%								
eingeschränkt	n	73	52	125								
	%	58,40%	41,60%	100,00%								
	Anteil											
	Gesamt	44,80%	52,00%	47,50%								
Gesamt	n	163	100	263								
	%	62,00%	38,00%	100,00%								
	Anteil											
	Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%								
Verstorben												
Nein	n	51	30	81	0,392	2	0,822	0,04				
	%	63,00%	37,00%	100,00%								

		Teilnehmer/Abbrecher	Ablehner	Gesamt	X^2	df	p	η
	Anteil Gesamt	39,50%	35,30%	37,90%				
ja	n	71	50	121				
	%	58,70%	41,30%	100,00%				
	Anteil Gesamt	55,00%	58,80%	56,50%				
unbekannt	n	7	5	12				
	%	58,30%	41,70%	100,00%				
	Anteil Gesamt	5,40%	5,90%	5,60%				
Gesamt	n	129	85	214				
	%	60,30%	39,70%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				

Tabelle 52 Vergleich der Items von psychische und somatischen Belastungen Teilnehmern Bedarf und Ablehnern mit Bedarf (t-Test)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Erschöpfung						
Teilnehmer ohne Bedarf	83	0,82	0,926	-3,877	59	0
Ablehner mit Bedarf	40	1,7	1,285			
Schmerzen						
Teilnehmer ohne Bedarf	83	0,67	0,857	-2,691	55	0,009
Ablehner mit Bedarf	40	1,3	1,344			
Einschränkungen						
Teilnehmer ohne Bedarf	83	0,9	0,892	-3,032	55	0,004
Ablehner mit Bedarf	40	1,63	1,372			
sonstige somatische Belastungen						
Teilnehmer ohne Bedarf	83	0,55	0,83	-2,604	58	0,012
Ablehner mit Bedarf	40	1,1	1,194			
somatische Gesamtbelastung						
Teilnehmer ohne Bedarf	83	2,95	2,071	-5,483	61	0
Ablehner mit Bedarf	40	5,65	2,76			
Schlafstörungen						
Teilnehmer ohne Bedarf	83	0,83	0,96	-2,333	60	0,023
Ablehner mit Bedarf	40	1,38	1,314			
Stimmungsschwankungen						
Teilnehmer ohne Bedarf	83	0,76	0,892	-3,881	121	0
Ablehner mit Bedarf	40	1,48	1,086			
kognitive Einschränkungen						
Teilnehmer ohne Bedarf	83	0,27	0,565	0,615	121	0,54
Ablehner mit Bedarf	40	0,2	0,516			
Hilflosigkeit						
Teilnehmer ohne Bedarf	83	0,65	0,93	-2,199	121	0,03
Ablehner mit Bedarf	40	1,08	1,141			
Angst						
Teilnehmer ohne Bedarf	83	1,28	0,954	-6,069	121	0
Ablehner mit Bedarf	40	2,5	1,219			
Scham						
Teilnehmer ohne Bedarf	83	0,16	0,506	-1,501	57	0,139
Ablehner mit Bedarf	40	0,35	0,736			
Trauer						
Teilnehmer ohne Bedarf	81	0,42	0,756	-4,162	53	0
Ablehner mit Bedarf	40	1,33	1,269			

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
sonstige psychischen Belastungen						
Teilnehmer ohne Bedarf	83	0,11	0,442	-0,722	121	0,472
Ablehner mit Bedarf	40	0,18	0,549			
psychische Gesamtbelastung						
Teilnehmer ohne Bedarf	83	4,49	2,985	-5,138	59	0
Ablehner mit Bedarf	40	8,3	4,201			

Tabelle 53 Kontingenztafeln der Soziale Belastung von Teilnehmern ohne Bedarf und Ablehnern mit Bedarf

		Teilnehmer ohne Be- darf	Ablehner mit Be- darf	Gesamt	X^2	df	p	η
familiäre Belastung								
Nein	n	81	28	109	20,371	1	0	0,407
	%	74,30%	25,70%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	97,60%	70,00%	88,60%				
Ja	n	2	12	14				
	%	14,30%	85,70%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	2,40%	30,00%	11,40%				
Gesamt	n	83	40	123				
	%	67,50%	32,50%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
berufliche/wirtschaftliche Belastung								
Nein	n	79	34	113	3,746	1	0,077	0,175
	%	69,90%	30,10%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	95,20%	85,00%	91,90%				
Ja	n	4	6	10				
	%	40,00%	60,00%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	4,80%	15,00%	8,10%				
Gesamt	n	83	40	123				
	%	67,50%	32,50%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
sonstige soziale Belastungen								
Nein	n	82	39	121	0,283	1	0,546	0,048
	%	67,80%	32,20%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	98,80%	97,50%	98,40%				
Ja	n	1	1	2				
	%	50,00%	50,00%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	1,20%	2,50%	1,60%				
Gesamt	n	83	40	123				
	%	67,50%	32,50%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				

Tabelle 54 Kontingenztafeln der demografische Faktoren bei Teilnehmern ohne Bedarf und Ablehnern mit psychoonkologischem Betreuungsbedarf

		Teilnehmer ohne Be- darf	Ablehner mit Be- darf	Gesamt	X^2	df	p	η
Geschlecht								
männlich	n	62	21	83	6,061	1	0,023	0,222
	%	74,70%	25,30%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	74,70%	52,50%	67,50%				
weiblich	n	21	19	40				
	%	52,50%	47,50%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	25,30%	47,50%	32,50%				
Gesamt	n	83	40	123				
	%	67,50%	32,50%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Altersgruppe								
< 60	n	13	9	22	3,114	2	0,211	0,014
	%	59,10%	40,90%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	15,70%	22,50%	17,90%				
60-69	n	34	10	44				
	%	77,30%	22,70%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	41,00%	25,00%	35,80%				
≥ 70	n	36	21	57				
	%	63,20%	36,80%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	43,40%	52,50%	46,30%				
Gesamt	n	83	40	123				
	%	67,50%	32,50%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Partnerschaft								
ja	n	66	28	94	0,895	1	0,363	0,086
	%	70,20%	29,80%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	79,50%	71,80%	77,00%				
nein	n	17	11	28				
	%	60,70%	39,30%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	20,50%	28,20%	23,00%				
Gesamt	n	83	39	122				
	%	68,00%	32,00%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Kinder								
ja	n	73	34	107	0,208	1	0,776	0,041

		Teilnehmer ohne Be- darf	Ablehner mit Be- darf	Gesamt	X^2	df	p	η
	%	68,20%	31,80%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	88,00%	85,00%	87,00%				
Nein	n	10	6	16				
	%	62,50%	37,50%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	12,00%	15,00%	13,00%				
Gesamt	n	83	40	123				
	%	67,50%	32,50%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Beruf								
berufstätig	n	10	4	14	2,28	4	0,684	0,063
	%	71,40%	28,60%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	12,00%	10,00%	11,40%				
krank geschrie- ben	n	13	4	17				
	%	76,50%	23,50%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	15,70%	10,00%	13,80%				
arbeitslos	n	3	1	4				
	%	75,00%	25,00%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	3,60%	2,50%	3,30%				
Rente	n	55	31	86				
	%	64,00%	36,00%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	66,30%	77,50%	69,90%				
sonstige	n	2	0	2				
	%	100,00%	0,00%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	2,40%	0,00%	1,60%				
Gesamt	n	83	40	123				
	%	67,50%	32,50%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Diagnosegruppe								
obere Gastro	n	40	19	59	0,003	1	1	0,005
	%	67,80%	32,20%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	48,20%	48,70%	48,40%				
untere Gastro	n	43	20	63				
	%	68,30%	31,70%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	51,80%	51,30%	51,60%				
Gesamt	n	83	39	122				
	%	68,00%	32,00%	100,00%				

		Teilnehmer ohne Be- darf	Ablehner mit Be- darf	Gesamt	X^2	df	p	η
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Metastasen								
ja	n	42	18	60	0,339	1	0,571	0,053
	%	70,00%	30,00%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	50,60%	45,00%	48,80%				
nein	n	41	22	63				
	%	65,10%	34,90%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	49,40%	55,00%	51,20%				
Gesamt	n	83	40	123				
	%	67,50%	32,50%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Krankheitsstatus								
Ersterkrankung	n	69	27	96	6,524	3	0,089	0,095
	%	71,90%	28,10%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	83,10%	67,50%	78,00%				
Rezidiv	n	5	8	13				
	%	38,50%	61,50%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	6,00%	20,00%	10,60%				
Zweitumor	n	8	5	13				
	%	61,50%	38,50%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	9,60%	12,50%	10,60%				
derzeit nicht zu beurteilen	n	1	0	1				
	%	100,00%	0,00%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	1,20%	0,00%	0,80%				
Gesamt	n	83	40	123				
	%	67,50%	32,50%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Behandlung								
OP	n	45	22	67	0,376	2	0,829	0,003
	%	67,20%	32,80%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	54,20%	55,00%	54,50%				
sonstige	n	4	1	5				
	%	80,00%	20,00%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	4,80%	2,50%	4,10%				
keine	n	34	17	51				
	%	66,70%	33,30%	100,00%				

		Teilnehmer ohne Be- darf	Ablehner mit Be- darf	Gesamt	X^2	df	p	η
	Anteil Ge- samt	41,00%	42,50%	41,50%				
Gesamt	n	83	40	123				
	%	67,50%	32,50%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Behandlungsziel								
nicht palliativ	n	32	14	46	0,146	1	0,843	0,034
	%	69,60%	30,40%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	38,60%	35,00%	37,40%				
palliativ	n	51	26	77				
	%	66,20%	33,80%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	61,40%	65,00%	62,60%				
Gesamt	n	83	40	123				
	%	67,50%	32,50%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
weitere Krankheiten								
Ja	n	62	29	91	0,068	1	0,828	0,023
	%	68,10%	31,90%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	74,70%	72,50%	74,00%				
Nein	n	21	11	32				
	%	65,60%	34,40%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	25,30%	27,50%	26,00%				
Gesamt	n	83	40	123				
	%	67,50%	32,50%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Erfahrung mit Psychotherapie								
Ja	n	2	6	8	6,376	1	0,019	0,25
	%	25,00%	75,00%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	3,00%	17,10%	7,80%				
Nein	n	65	29	94				
	%	69,10%	30,90%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	97,00%	82,90%	92,20%				
Gesamt	n	67	35	102				
	%	65,70%	34,30%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Psychopharmaka								
Ja	n	3	7	10	5,439	1	0,034	0,234

		Teilnehmer ohne Be- darf	Ablehner mit Be- darf	Gesamt	X^2	df	p	η
	%	30,00%	70,00%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	4,80%	19,40%	10,10%				
nein	n	60	29	89				
	%	67,40%	32,60%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	95,20%	80,60%	89,90%				
Gesamt	n	63	36	99				
	%	63,60%	36,40%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Funktionsstatus								
normale Aktivi- tät	n	53	16	69	10,49	3	0,015	0,292
	%	76,80%	23,20%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	63,90%	40,00%	56,10%				
fast uneinge- schränkt	n	20	10	30				
	%	66,70%	33,30%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	24,10%	25,00%	24,40%				
weniger als 50% im Bett	n	7	8	15				
	%	46,70%	53,30%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	8,40%	20,00%	12,20%				
mehr als 50% im Bett	n	3	6	9				
	%	33,30%	66,70%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	3,60%	15,00%	7,30%				
Gesamt	n	83	40	123				
	%	67,50%	32,50%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Funktionsstatus gruppiert								
normale Aktivi- tät	n	53	16	69	6,237	1	0,019	0,225
	%	76,80%	23,20%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	63,90%	40,00%	56,10%				
eingeschränkt	n	30	24	54				
	%	55,60%	44,40%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	36,10%	60,00%	43,90%				
Gesamt	n	83	40	123				
	%	67,50%	32,50%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Verstorben								
nein	n	30	8	38	3,291	2	0,193	0,144

		Teilnehmer ohne Be- darf	Ablehner mit Be- darf	Gesamt	X^2	df	p	η
	%	78,90%	21,10%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	43,50%	25,00%	37,60%				
Ja	n	33	21	54				
	%	61,10%	38,90%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	47,80%	65,60%	53,50%				
unbekannt	n	6	3	9				
	%	66,70%	33,30%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	8,70%	9,40%	8,90%				
Gesamt	n	69	32	101				
	%	68,30%	31,70%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				

Tabelle 55 Kontingenztafeln der Anzahl der Bedarfs- und Nichtbedarfspatienten in Bezug auf die Motivationskategorien

		kein Be- darf	Bedarf	Gesamt	X^2	df	p	η
Vorteile für den Patienten selbst								
nein	n	60	44	104	5,273	1	0,024	0,18
	%	57,70%	42,30%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	72,30%	55,00%	63,80%				
ja	n	23	36	59				
	%	39,00%	61,00%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	27,70%	45,00%	36,20%				
Gesamt	n	83	80	163				
	%	50,90%	49,10%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Vorteile für andere								
nein	n	45	47	92	0,34	1	0,636	0,046
	%	48,90%	51,10%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	54,20%	58,80%	56,40%				
ja	n	38	33	71				
	%	53,50%	46,50%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	45,80%	41,30%	43,60%				
Gesamt	n	83	80	163				
	%	50,90%	49,10%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Nachteile für den Patienten selbst								
nein	n	36	60	96				
	%	37,50%	62,50%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	83	80	163				
ja	n	50,90%	49,10%	100,00%				
	%	100,00%	100,00%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	0	0	0				
Gesamt	n	0,00%	0,00%	0,00%				
	%	0,00%	0,00%	0,00%				
	Anteil Ge- samt	83	80	163				
Nachteil für andere								
nein	n	83	80	163				
	%	50,90%	49,10%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
ja	n	0	0	0				
	%	0,00%	0,00%	0,00%				

		kein Be- darf	Bedarf	Gesamt	X^2	df	p	η
	Anteil Ge- samt	0,00%	0,00%	0,00%				
Gesamt	n	83	80	163				
	%	50,90%	49,10%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Neugier/Akzeptanz								
Nein	n	58	69	127	6,344	1	0,014	0,197
	%	45,70%	54,30%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	69,90%	86,30%	77,90%				
Ja	n	25	11	36				
	%	69,40%	30,60%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	30,10%	13,80%	22,10%				
Gesamt	n	83	80	163				
	%	50,90%	49,10%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Gleichgültigkeit/allgemeine Ablehnung								
Nein	n	80	78	158	0,17	1	1	0,032
	%	50,60%	49,40%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	96,40%	97,50%	96,90%				
Ja	n	3	2	5				
	%	60,00%	40,00%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	3,60%	2,50%	3,10%				
Gesamt	n	83	80	163				
	%	50,90%	49,10%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				

8.3 Statistische Daten zur Hauptuntersuchung

Tabelle 56 Vergleich der Selbst- und Fremdeinschätzung zu unterschiedlichen Testzeitpunkten anhand von Cronbachs Alpha

PO-Bado	FBK	kein Bedarf 1x5 oder 3x4	Bedarf 1x5 oder 3x4		kein Bedarf Summe > 14	Bedarf Summe > 14	
Testzeitpunkt t2							
kein Bedarf	<i>n</i>	47	18	$\alpha=0,314$	44	21	$\alpha=0,338$
	%	33,8%	12,9%		31,7%	15,1%	
Bedarf	<i>n</i>	30	44		25	49	
	%	21,6%	31,7%		18,0%	35,3%	
Testzeitpunkt t13							
kein Bedarf	<i>n</i>	34	12	$\alpha=0,229$	32	17	$\alpha=0,213$
	%	43,0%	15,2%		40,5%	17,7%	
Bedarf	<i>n</i>	17	16		16	17	
	%	21,5%	20,3%		20,3%	21,5%	

α = Cronbachs Alpha

Landis und Koch (1977) empfehlen, dass bei $\alpha < 0$ = „schlechte Übereinstimmung (poor agreement)“, α zwischen 0 und 0,20 = „etwas (slight) Übereinstimmung“, 0,21-0,40 = „ausreichende (fair) Übereinstimmung“, 0,41-0,60 = „mittelmäßige (moderate) Übereinstimmung“, 0,61-0,80 = „beachtliche (substantial) Übereinstimmung“, 0,81-1,00 = „(fast) vollkommene ((almost) perfect) Übereinstimmung“ vorliegen.

Tabelle 57 Verhältnis Männer und Frauen in der Stichprobe der Hauptuntersuchung im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung

		männlich	weiblich	Gesamt	X^2	<i>df</i>	<i>p</i>	η
Hauptuntersuchung	<i>n</i>	50	32	82				
	%	60,98%	39,02%	100,00%				
Allgemeinbevölkerung	<i>n</i>	39.139.875	41.070.122	80.209.997				
	%	48,80%	51,20%	100,00%	4,868	1	0,035	0

Tabelle 58 Sensitivität und Spezifität der verwendeten Testbögen in Bezug auf den Betreuungsbedarf

		HADS kein Bedarf	HADS Bedarf	Gesamt
PO-Bado	<i>n</i>	36	19	55
kein Bedarf	%	43,90%	23,20%	67,10%
PO-Bado	<i>n</i>	6	21	27
Bedarf	%	7,30%	25,60%	32,90%
Gesamt	<i>n</i>	42	40	82
	%	51,20%	48,80%	100,00%

Sensitivität: 53%

Spezifität: 86%

		FBK kein Bedarf	FBK Bedarf	Gesamt
PO-Bado	<i>n</i>	36	19	55
kein Bedarf	%	65,50%	34,50%	100,00%
PO-Bado	<i>n</i>	8	19	27
Bedarf	%	29,60%	70,40%	100,00%
Gesamt	<i>n</i>	44	38	82
	%	53,70%	46,30%	100,00%

Sensitivität: 50%

Spezifität: 82%

		FBK kein Bedarf	FBK Bedarf	Gesamt
HADS	<i>n</i>	32	10	42
kein Bedarf	%	76,20%	23,80%	100,00%
HADS	<i>n</i>	12	28	40
Bedarf	%	30,00%	70,00%	100,00%
Gesamt	<i>n</i>	44	38	82
	%	53,70%	46,30%	100,00%

Sensitivität: 74%

Spezifität: 73%

Tabelle 59 Kontingenztafeln für den Vergleich des Betreuungsbedarfs zwischen Teilnehmern und Ablehnern/Abbrechern

		kein Bedarf	Bedarf	Gesamt	X^2	df	p	η
Teilnehmer	n	55	27	82	4,546	1	0,043	0,131
	%	67,10%	32,90%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	36,40%	24,10%	31,20%				
Ablehner/Abbrecher	n	96	85	181				
	%	53,00%	47,00%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	63,60%	75,90%	68,80%				
Gesamt	n	151	112	263				
	%	57,40%	42,60%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				

Tabelle 60 Kontingenztafeln für den Vergleich des Betreuungsbedarfs zwischen Teilnehmern, Abbrechern und Ablehnern

		kein Bedarf	Bedarf	Gesamt	X^2	df	p	η
Teilnehmer	n	55	27	82	8,975	2	0,011	0,049
	%	67,10%	32,90%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	36,40%	24,10%	31,20%				
Abbrecher	n	36	45	81				
	%	44,40%	55,60%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	23,80%	40,20%	30,80%				
Ablehner	n	60	40	100				
	%	60,00%	40,00%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	39,70%	35,70%	38,00%				
Gesamt	n	151	112	263				
	%	57,40%	42,60%	100,00%				
	Anteil							
	Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				

Tabelle 61 Korrelation der verwendeten Copingstile in der Interventionsuntersuchung

	Neubewertung zu Beginn	Neubewertung am Ende	Unterdrückung zu Beginn	Unterdrückung am Ende	symptomorientier- te Rumination	selbstbezogene Ru- mination	Distraction	depressive Verar- beitung	aktives problem- orientiertes Coping
Neubewertung zu Beginn									
r	1	0,526	0,201	0,109	-0,069	-0,128	0,278	-0,093	0,111
p		0	0,071	0,335	0,539	0,257	0,012	0,408	0,321
n	82	80	82	80	81	81	81	82	82
Neubewertung am Ende									
r	0,526	1	0,234	0,291	0,125	0	0,172	0,078	0,103
p	0		0,037	0,009	0,27	0,998	0,127	0,491	0,362
n	80	80	80	80	80	80	80	80	80
Unterdrückung zu Beginn									
r	0,201	0,234	1	0,588	0,266	0,117	-0,162	0,203	-0,021
p	0,071	0,037		0	0,016	0,298	0,149	0,067	0,853
n	82	80	82	80	81	81	81	82	82
Unterdrückung am Ende									
r	0,109	0,291	0,588	1	0,209	0,006	-0,186	0,003	0,006
p	0,335	0,009	0		0,063	0,96	0,099	0,981	0,958
n	80	80	80	80	80	80	80	80	80
symptomorientierte Rumination									
r	-0,069	0,125	0,266	0,209	1	0,395	0,041	0,38	0,049
p	0,539	0,27	0,016	0,063		0	0,718	0	0,663
n	81	80	81	80	81	81	81	81	81
selbstbezogene Rumination									
r	-0,128	0	0,117	0,006	0,395	1	0,124	0,465	0,113
p	0,257	0,998	0,298	0,96	0		0,27	0	0,317
n	81	80	81	80	81	81	81	81	81
Distraction									
r	0,278	0,172	-0,162	-0,186	0,041	0,124	1	0,121	0,256
p	0,012	0,127	0,149	0,099	0,718	0,27		0,281	0,021
n	81	80	81	80	81	81	81	81	81
depressive Verarbeitung									
r	-0,093	0,078	0,203	0,003	0,38	0,465	0,121	1	0,14
p	0,408	0,491	0,067	0,981	0	0	0,281		0,211
n	82	80	82	80	81	81	81	82	82
aktives problemorientiertes Coping									
r	0,111	0,103	-0,021	0,006	0,049	0,113	0,256	0,14	1
p	0,321	0,362	0,853	0,958	0,663	0,317	0,021	0,211	
n	82	80	82	80	81	81	81	82	82

Tabelle 62 Kontingenztafeln der Stichprobenbeschreibung der Interventionsuntersuchung in Bezug auf die Interventionsgruppen (Gespräch $n=27$, PMR $n=26$, Info $n=29$)

		Gespräch	PMR	Info	X^2	df	p	η
Geschlecht								
männlich	n	15	16	19	0,588	2	0,745	0,084
	%	55,60%	61,50%	65,50%				
weiblich	n	12	10	10				
	%	44,40%	38,50%	34,50%				
Altersgruppe								
< 60	n	5	3	9	7,359	4	0,118	0,166
	%	18,50%	11,50%	31,00%				
60-69	n	10	14	6				
	%	37,00%	53,80%	20,70%				
≥ 70	n	12	9	14				
	%	44,40%	34,60%	48,30%				
Partnerschaft								
ja	n	23	21	21	1,440	2	0,487	0,131
	%	85,20%	80,80%	72,40%				
nein	n	4	5	8				
	%	14,80%	19,20%	27,60%				
Kinder								
ja	n	24	24	24	1,212	2	0,546	0,079
	%	88,90%	92,30%	82,80%				
nein	n	3	2	5				
	%	11,10%	7,70%	17,20%				
Beruf								
berufstätig	n	3	3	5	3,961	8	0,861	0,149
	%	11,10%	11,50%	17,20%				
krank geschrie- ben	n	5	4	4				
	%	18,50%	15,40%	13,80%				
arbeitslos	n	1	2	0				
	%	3,70%	7,70%	0,00%				
Rente	n	18	16	19				
	%	66,70%	61,50%	65,50%				
sonstige	n	0	1	1				
	%	0,00%	3,80%	3,40%				
Diagnosegruppe								
obere Gastro	n	15	10	13	1,598	2	0,450	0,087
	%	55,60%	38,50%	44,80%				
untere Gastro	n	12	16	16				
	%	44,40%	61,50%	55,20%				
Metastasen								
ja	n	9	11	13	0,836	2	0,658	0,096
	%	33,30%	42,30%	44,80%				
nein	n	18	15	16				
	%	66,70%	57,70%	55,20%				

		Gespräch	PMR	Info	X^2	df	p	η
Krankheitsstatus								
Ersterkrankung	n	23	20	21	4,442	4	0,349	0,132
	%	85,20%	76,90%	72,40%				
Rezidiv	n	1	4	2				
	%	3,70%	15,40%	6,90%				
Zweittumor	n	3	2	6				
	%	11,10%	7,70%	20,70%				
Behandlung								
OP	n	17	17	17	1,127	4	0,890	0,040
	%	63,00%	65,40%	58,60%				
sonstige	n	1	0	1				
	%	3,70%	0,00%	3,40%				
Keine	n	9	9	11				
	%	33,30%	34,60%	37,90%				
Behandlungsziel								
nicht palliativ	n	11	13	12	0,577	2	0,749	0,000
	%	40,70%	50,00%	41,40%				
palliativ	n	16	13	17				
	%	59,30%	50,00%	58,60%				
weitere Krankheiten								
Ja	n	22	15	18	3,903	2	0,142	0,168
	%	81,50%	57,70%	62,10%				
Nein	n	5	11	11				
	%	18,50%	42,30%	37,90%				
Erfahrung mit Psychotherapie								
Ja	n	5	0	3	5,380	2	0,068	0,130
	%	21,70%	0,00%	11,10%				
Nein	n	18	22	24				
	%	78,30%	100,00%	88,90%				
Psychopharmaka								
Ja	n	2	2	2	0,067	2	0,967	0,030
	%	9,50%	9,50%	7,70%				
Nein	n	19	19	24				
	%	90,50%	90,50%	92,30%				
Funktionsstatus								
normale Aktivität	n	16	15	23	5,488	6	0,483	0,220
	%	59,30%	57,70%	79,30%				
fast uneingeschränkt	n	8	6	3				
	%	29,60%	23,10%	10,30%				
weniger als 50% m Bett	n	1	3	2				
	%	3,70%	11,50%	6,90%				
mehr als 50% im Bett	n	2	2	1				
	%	7,40%	7,70%	3,40%				
Funktionsstatus gruppiert								
normale Aktivi-	n	16	15	23	3,628	2	0,163	0,180

		Gespräch	PMR	Info	X^2	df	p	η
tät	%	59,30%	57,70%	79,30%				
eingeschränkt	n	11	11	6				
	%	40,70%	42,30%	20,70%				
Verstorben								
nein	n	13	11	7	1,388	4	0,846	0,150
	%	52,00%	52,40%	50,00%				
ja	n	11	8	5				
	%	44,00%	38,10%	35,70%				
unbekannt	n	1	2	2				
	%	4,00%	9,50%	14,30%				

Tabelle 63 Kontingenztafeln der Stichprobenmerkmale der Interventionsstudie zu Beginn in Bezug auf den erweiterten Betreuungsbedarf

		kein Bedarf	Bedarf	Gesamt	X^2	df	p	η
Gruppen								
Gespräch	n	19	8	27	0,854	2	0,653	0,102
	%	70,40%	29,60%	100,00%				
	Anteil	35,80%	27,60%	32,90%				
	Gesamt							
PMR	n	17	9	26				
	%	65,40%	34,60%	100,00%				
	Anteil	32,10%	31,00%	31,70%				
	Gesamt							
Info	n	17	12	29				
	%	58,60%	41,40%	100,00%				
	Anteil	32,10%	41,40%	35,40%				
	Gesamt							
Gesamt	n	53	29	82				
	%	64,60%	35,40%	100,00%				
	Anteil	100,00%	100,00%	100,00%				
	Gesamt							
Geschlecht								
männlich	n	27	23	50	6,339	1	0,017	0,078
	%	54,00%	46,00%	100,00%				
	Anteil	50,90%	79,30%	61,00%				
	Gesamt							
weiblich	n	26	6	32				
	%	81,30%	18,80%	100,00%				
	Anteil	49,10%	20,70%	39,00%				
	Gesamt							
Gesamt	n	53	29	82				
	%	64,60%	35,40%	100,00%				
	Anteil	100,00%	100,00%	100,00%				
	Gesamt							
Altersgruppe								
< 60	n	9	8	17	1,413	2	0,493	0,079
	%	52,90%	47,10%	100,00%				
	Anteil	17,00%	27,60%	20,70%				
	Gesamt							
60-69	n	21	9	30				
	%	70,00%	30,00%	100,00%				
	Anteil	39,60%	31,00%	36,60%				
	Gesamt							
≥ 70	n	23	12	35				
	%	65,70%	34,30%	100,00%				
	Anteil	43,40%	41,40%	42,70%				
	Gesamt							
Gesamt	n	53	29	82				
	%	64,60%	35,40%	100,00%				
	Anteil	100,00%	100,00%	100,00%				
	Gesamt							

		kein Bedarf	Bedarf	Gesamt	X^2	df	p	η
Gesamt								
Kinder								
ja	n	46	26	72	0,143	1	1	0,042
	%	63,90%	36,10%	100,00%				
	Anteil	86,80%	89,70%	87,80%				
	Gesamt							
nein	n	7	3	10				
	%	70,00%	30,00%	100,00%				
	Anteil	13,20%	10,30%	12,20%				
	Gesamt							
Gesamt	n	53	29	82				
	%	64,60%	35,40%	100,00%				
	Anteil	100,00%	100,00%	100,00%				
	Gesamt							
Beruf								
berufstätig	n	6	5	11	0,988	4	0,912	0,086
	%	54,50%	45,50%	100,00%				
	Anteil	11,30%	17,20%	13,40%				
	Gesamt							
krank geschrie- ben	n	8	5	13				
	%	61,50%	38,50%	100,00%				
	Anteil	15,10%	17,20%	15,90%				
	Gesamt							
arbeitslos	n	2	1	3				
	%	66,70%	33,30%	100,00%				
	Anteil	3,80%	3,40%	3,70%				
	Gesamt							
Rente	n	36	17	53				
	%	67,90%	32,10%	100,00%				
	Anteil	67,90%	58,60%	64,60%				
	Gesamt							
sonstige	n	1	1	2				
	%	50,00%	50,00%	100,00%				
	Anteil	1,90%	3,40%	2,40%				
	Gesamt							
Gesamt	n	53	29	82				
	%	64,60%	35,40%	100,00%				
	Anteil	100,00%	100,00%	100,00%				
	Gesamt							
Diagnosegruppe								
obere Gastro	n	27	11	38	1,276	1	0,355	0,125
	%	71,10%	28,90%	100,00%				
	Anteil	50,90%	37,90%	46,30%				
	Gesamt							
untere Gastro	n	26	18	44				
	%	59,10%	40,90%	100,00%				
	Anteil	49,10%	62,10%	53,70%				
	Gesamt							

		kein Bedarf	Bedarf	Gesamt	X^2	df	p	η				
Gesamt	n	53	29	82	0,619	1	0,486	0,087				
	%	64,60%	35,40%	100,00%								
	Anteil	100,00%	100,00%	100,00%								
	Gesamt											
Metastasen												
Ja	n	23	10	33								
	%	69,70%	30,30%	100,00%								
	Anteil	43,40%	34,50%	40,20%								
	Gesamt											
Nein	n	30	19	49								
	%	61,20%	38,80%	100,00%								
	Anteil	56,60%	65,50%	59,80%								
	Gesamt											
Gesamt	n	53	29	82								
	%	64,60%	35,40%	100,00%								
	Anteil	100,00%	100,00%	100,00%								
	Gesamt											
Krankheitsstatus												
Ersterkrankung	n	41	23	64	1,86	2	0,395	0,027				
	%	64,10%	35,90%	100,00%								
	Anteil	77,40%	79,30%	78,00%								
	Gesamt											
Rezidiv	n	6	1	7								
	%	85,70%	14,30%	100,00%								
	Anteil	11,30%	3,40%	8,50%								
	Gesamt											
Zweittumor	n	6	5	11								
	%	54,50%	45,50%	100,00%								
	Anteil	11,30%	17,20%	13,40%								
	Gesamt											
Gesamt	n	53	29	82								
	%	64,60%	35,40%	100,00%								
	Anteil	100,00%	100,00%	100,00%								
	Gesamt											
Behandlung												
OP	n	35	16	51	4,094	2	0,129	0,095				
	%	68,60%	31,40%	100,00%								
	Anteil	66,00%	55,20%	62,20%								
	Gesamt											
sonstige	n	0	2	2								
	%	0,00%	100,00%	100,00%								
	Anteil	0,00%	6,90%	2,40%								
	Gesamt											
Keine	n	18	11	29								
	%	62,10%	37,90%	100,00%								
	Anteil	34,00%	37,90%	35,40%								
	Gesamt											
Gesamt	n	53	29	82								

		kein Bedarf	Bedarf	Gesamt	X^2	df	p	η
	%	64,60%	35,40%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Behandlungsziel								
nicht palliativ	n	19	17	36	3,947	1	0,063	0,219
	%	52,80%	47,20%	100,00%				
	Anteil Gesamt	35,80%	58,60%	43,90%				
palliativ	n	34	12	46				
	%	73,90%	26,10%	100,00%				
	Anteil Gesamt	64,20%	41,40%	56,10%				
Gesamt	n	53	29	82				
	%	64,60%	35,40%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
weitere Krankheiten								
ja	n	36	19	55	0,049	1	0,824	0,024
	%	65,50%	34,50%	100,00%				
	Anteil Gesamt	67,90%	65,50%	67,10%				
nein	n	17	10	27				
	%	63,00%	37,00%	100,00%				
	Anteil Gesamt	32,10%	34,50%	32,90%				
Gesamt	n	53	29	82				
	%	64,60%	35,40%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Erfahrung mit Psychotherapie								
ja	n	8	0	8	4,5	1	0,046	0,25
	%	100,00%	0,00%	100,00%				
	Anteil Gesamt	16,70%	0,00%	11,10%				
nein	n	40	24	64				
	%	62,50%	37,50%	100,00%				
	Anteil Gesamt	83,30%	100,00%	88,90%				
Gesamt	n	48	24	72				
	%	66,70%	33,30%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Psychopharmaka								
ja	n	5	1	6	1,143	1	0,402	0,13
	%	83,30%	16,70%	100,00%				
	Anteil Gesamt	11,60%	4,00%	8,80%				
nein	n	38	24	62				

		kein Bedarf	Bedarf	Gesamt	X^2	df	p	η
	%	61,30%	38,70%	100,00%				
	Anteil	88,40%	96,00%	91,20%				
	Gesamt							
Gesamt	n	43	25	68				
	%	63,20%	36,80%	100,00%				
	Anteil	100,00%	100,00%	100,00%				
	Gesamt							
Funktionsstatus								
normale Aktivität	n	33	21	54	7,329	3	0,62	0,221
	%	61,10%	38,90%	100,00%				
	Anteil	62,30%	72,40%	65,90%				
	Gesamt							
fast uneingeschränkt	n	9	8	17				
	%	52,90%	47,10%	100,00%				
	Anteil	17,00%	27,60%	20,70%				
	Gesamt							
weniger als 50% im Bett	n	6	0	6				
	%	100,00%	0,00%	100,00%				
	Anteil	11,30%	0,00%	7,30%				
	Gesamt							
mehr als 50% im Bett	n	5	0	5				
	%	100,00%	0,00%	100,00%				
	Anteil	9,40%	0,00%	6,10%				
	Gesamt							
Gesamt	n	53	29	82				
	%	64,60%	35,40%	100,00%				
	Anteil	100,00%	100,00%	100,00%				
	Gesamt							
Funktionsstatus gruppiert								
normale Aktivität	n	33	21	54	0,859	1	0,466	0,102
	%	61,10%	38,90%	100,00%				
	Anteil	62,30%	72,40%	65,90%				
	Gesamt							
eingeschränkt	n	20	8	28				
	%	71,40%	28,60%	100,00%				
	Anteil	37,70%	27,60%	34,10%				
	Gesamt							
Gesamt	n	53	29	82				
	%	64,60%	35,40%	100,00%				
	Anteil	100,00%	100,00%	100,00%				
	Gesamt							
Verstorben								
Nein	n	24	7	31	3,586	2	0,166	0,15
	%	77,40%	22,60%	100,00%				
	Anteil	53,30%	46,70%	51,70%				
	Gesamt							
Ja	n	19	5	24				
	%	79,20%	20,80%	100,00%				

		kein Bedarf	Bedarf	Gesamt	X^2	df	p	η
	Anteil Gesamt	42,20%	33,30%	40,00%				
unbekannt	n	2	3	5				
	%	40,00%	60,00%	100,00%				
	Anteil Gesamt	4,40%	20,00%	8,30%				
Gesamt	n	45	15	60				
	%	75,00%	25,00%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				

Tabelle 64 Kontingenztafeln der Stichprobenmerkmale der Interventionsstudie zu Beginn in Bezug auf die Angstdifferenzierung

		Angst < 8	Angst ≥ 8	Gesamt	X^2	df	p	η
Gruppen								
Gespräch	n	15	12	27	2,692	2	0,26	0,084
	%	55,60%	44,40%	100,00%				
	Anteil Ge-							
	samt	27,80%	42,90%	32,90%				
PMR	n	20	6	26				
	%	76,90%	23,10%	100,00%				
	Anteil Ge-							
	samt	37,00%	21,40%	31,70%				
Info	n	19	10	29				
	%	65,50%	34,50%	100,00%				
	Anteil Ge-							
	samt	35,20%	35,70%	35,40%				
Gesamt	n	54	28	82				
	%	65,90%	34,10%	100,00%				
	Anteil Ge-							
	samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Geschlecht								
männlich	n	40	10	50	11,402	1	0,002	0,373
	%	80,00%	20,00%	100,00%				
	Anteil Ge-							
	samt	74,10%	35,70%	61,00%				
weiblich	n	14	18	32				
	%	43,80%	56,30%	100,00%				
	Anteil Ge-							
	samt	25,90%	64,30%	39,00%				
Gesamt	n	54	28	82				
	%	65,90%	34,10%	100,00%				
	Anteil Ge-							
	samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Altersgruppe								
< 60	n	12	5	17	0,932	2	0,627	0,096
	%	70,60%	29,40%	100,00%				
	Anteil Ge-							
	samt	22,20%	17,90%	20,70%				
60-69	n	21	9	30				
	%	70,00%	30,00%	100,00%				
	Anteil Ge-							
	samt	38,90%	32,10%	36,60%				
≥ 70	n	21	14	35				
	%	60,00%	40,00%	100,00%				
	Anteil Ge-							
	samt	38,90%	50,00%	42,70%				
Gesamt	n	54	28	82				
	%	65,90%	34,10%	100,00%				
	Anteil Ge-							
	samt	100,00%	100,00%	100,00%				

		Angst < 8	Angst ≥ 8	Gesamt	X^2	df	p	η
Partnerschaft								
ja	n	42	23	65	0,214	1	0,777	0,051
	%	64,60%	35,40%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	77,80%	82,10%	79,30%				
nein	n	12	5	17				
	%	70,60%	29,40%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	22,20%	17,90%	20,70%				
Gesamt	n	54	28	82				
	%	65,90%	34,10%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Kinder								
ja	n	47	25	72	0,087	1	1	0,033
	%	65,30%	34,70%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	87,00%	89,30%	87,80%				
nein	n	7	3	10				
	%	70,00%	30,00%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	13,00%	10,70%	12,20%				
Gesamt	n	54	28	82				
	%	65,90%	34,10%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Beruf								
berufstätig	n	8	3	11	0,880	2	0,644	0,090
	%	72,70%	27,30%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	14,80%	10,70%	13,40%				
krank geschrie- ben	n	9	4	13				
	%	69,20%	30,80%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	16,70%	14,30%	15,90%				
arbeitslos	n	3	0	3				
	%	100,00%	0,00%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	5,60%	0,00%	3,70%				
Rente	n	33	20	53				
	%	62,30%	37,70%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	61,10%	71,40%	64,60%				
sonstige	n	1	1	2				
	%	50,00%	50,00%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	3,70%	7,10%	4,90%				
Gesamt	n	54	28	82				
	%	65,90%	34,10%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				

		Angst < 8	Angst ≥ 8	Gesamt	X^2	df	p	η
Diagnosegruppe								
obere Gastro	n	23	15	38	0,894	1	0,362	0,104
	%	60,50%	39,50%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	42,60%	53,60%	46,30%				
untere Gastro	n	31	13	44				
	%	70,50%	29,50%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	57,40%	46,40%	53,70%				
Gesamt	n	54	28	82				
	%	65,90%	34,10%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Metastasen								
Ja	n	22	11	33	0,016	1	1	0,014
	%	66,70%	33,30%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	40,70%	39,30%	40,20%				
Nein	n	32	17	49				
	%	65,30%	34,70%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	59,30%	60,70%	59,80%				
Gesamt	n	54	28	82				
	%	65,90%	34,10%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Krankheitsstatus								
Ersterkrankung	n	40	24	64	1,779	2	0,411	0,106
	%	62,50%	37,50%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	74,10%	85,70%	78,00%				
Rezidiv	n	6	1	7				
	%	85,70%	14,30%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	11,10%	3,60%	8,50%				
Zweitumor	n	8	3	11				
	%	72,70%	27,30%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	14,80%	10,70%	13,40%				
Gesamt	n	54	28	82				
	%	65,90%	34,10%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Behandlung								
OP	n	33	18	51	1,068	2	0,586	0,024
	%	64,70%	35,30%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	61,10%	64,30%	62,20%				
sonstige	n	2	0	2				
	%	100,00%	0,00%	100,00%				

		Angst < 8	Angst ≥ 8	Gesamt	X^2	df	p	η
	Anteil Ge- samt	3,70%	0,00%	2,40%				
keine	n	19	10	29				
	%	65,50%	34,50%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	35,20%	35,70%	35,40%				
Gesamt	n	54	28	82				
	%	65,90%	34,10%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Behandlungsziel								
nicht palliativ	n	27	9	36	2,387	1	0,161	0,171
	%	75,00%	25,00%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	50,00%	32,10%	43,90%				
palliativ	n	27	19	46				
	%	58,70%	41,30%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	50,00%	67,90%	56,10%				
Gesamt	n	54	28	82				
	%	65,90%	34,10%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
weitere Krankheiten								
ja	n	34	21	55	1,21	1	0,328	0,121
	%	61,80%	38,20%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	63,00%	75,00%	67,10%				
nein	n	20	7	27				
	%	74,10%	25,90%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	37,00%	25,00%	32,90%				
Gesamt	n	54	28	82				
	%	65,90%	34,10%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Erfahrung mit Psychotherapie								
ja	n	2	6	8	5,4	1	0,046	0,274
	%	25,00%	75,00%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	4,40%	22,20%	11,10%				
nein	n	43	21	64				
	%	67,20%	32,80%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	95,60%	77,80%	88,90%				
Gesamt	n	45	27	72				
	%	62,50%	37,50%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Psychopharmaka								

		Angst < 8	Angst ≥ 8	Gesamt	X^2	df	p	η
Ja	n	3	3	6	0,769	1	0,399	0,106
	%	50,00%	50,00%	100,00%				
	Anteil Ge-							
	samt	6,70%	13,00%	8,80%				
Nein	n	42	20	62				
	%	67,70%	32,30%	100,00%				
	Anteil Ge-							
	samt	93,30%	87,00%	91,20%				
Gesamt	n	45	23	68				
	%	66,20%	33,80%	100,00%				
	Anteil Ge-							
	samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Funktionsstatus								
normale Aktivität	n	34	20	54	3,354	3	0,34	0
	%	63,00%	37,00%	100,00%				
	Anteil Ge-							
	samt	63,00%	71,40%	65,90%				
fast uneingeschränkt	n	13	4	17				
	%	76,50%	23,50%	100,00%				
	Anteil Ge-							
	samt	24,10%	14,30%	20,70%				
weniger als 50% im Bett	n	5	1	6				
	%	83,30%	16,70%	100,00%				
	Anteil Ge-							
	samt	9,30%	3,60%	7,30%				
mehr als 50% im Bett	n	2	3	5				
	%	40,00%	60,00%	100,00%				
	Anteil Ge-							
	samt	3,70%	10,70%	6,10%				
Gesamt	n	54	28	82				
	%	65,90%	34,10%	100,00%				
	Anteil Ge-							
	samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Funktionsstatus gruppiert								
normale Aktivität	n	34	20	54	0,588	1	0,474	0,085
	%	63,00%	37,00%	100,00%				
	Anteil Ge-							
	samt	63,00%	71,40%	65,90%				
eingeschränkt	n	20	8	28				
	%	71,40%	28,60%	100,00%				
	Anteil Ge-							
	samt	37,00%	28,60%	34,10%				
Gesamt	n	54	28	82				
	%	65,90%	34,10%	100,00%				
	Anteil Ge-							
	samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Verstorben								
Nein	n	19	12	31	0,661	2	0,719	0,079
	%	61,30%	38,70%	100,00%				
	Anteil Ge-							
	samt	50,00%	54,50%	51,70%				

		Angst < 8	Angst ≥ 8	Gesamt	X^2	df	p	η
ja	n	15	9	24				
	%	62,50%	37,50%	100,00%				
	Anteil Ge-							
	samt	39,50%	40,90%	40,00%				
unbekannt	n	4	1	5				
	%	80,00%	20,00%	100,00%				
	Anteil Ge-							
	samt	10,50%	4,50%	8,30%				
Gesamt	n	38	22	60				
	%	63,30%	36,70%	100,00%				
	Anteil Ge-							
	samt	100,00%	100,00%	100,00%				

Tabelle 65 Kontingenztafeln der Stichprobenmerkmale der Interventionsstudie zu Beginn in Bezug auf die Depressionsdifferenzierung

		Depr < 8	Depr ≥ 8	Gesamt	X^2	df	p	η
Gruppen								
Gespräch	n	18	9	27	0,864	2	0,649	0,084
	%	66,70%	33,30%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	31,60%	36,00%	32,90%				
PMR	n	17	9	26				
	%	65,40%	34,60%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	29,80%	36,00%	31,70%				
Info	n	22	7	29				
	%	75,90%	24,10%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	38,60%	28,00%	35,40%				
Gesamt	n	57	25	82				
	%	69,50%	30,50%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Geschlecht								
männlich	n	41	9	50	9,428	1	0,003	0,339
	%	82,00%	18,00%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	71,90%	36,00%	61,00%				
weiblich	n	16	16	32				
	%	50,00%	50,00%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	28,10%	64,00%	39,00%				
Gesamt	n	57	25	82				
	%	69,50%	30,50%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Altersgruppe								
< 60	n	16	1	17	7,387	2	0,025	0,295
	%	94,10%	5,90%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	28,10%	4,00%	20,70%				
60-69	n	21	9	30				
	%	70,00%	30,00%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	36,80%	36,00%	36,60%				
≥ 70	n	20	15	35				
	%	57,10%	42,90%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	35,10%	60,00%	42,70%				
Gesamt	n	57	25	82				
	%	69,50%	30,50%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Partnerschaft								

		Depr < 8	Depr ≥ 8	Gesamt	X^2	df	p	η
ja	n	47	18	65	1,156	1	0,375	0,119
	%	72,30%	27,70%	100,00%				
	Anteil Gesamt	82,50%	72,00%	79,30%				
nein	n	10	7	17				
	%	58,80%	41,20%	100,00%				
	Anteil Gesamt	17,50%	28,00%	20,70%				
Gesamt	n	57	25	82				
	%	69,50%	30,50%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Kinder								
ja	n	49	23	72	0,591	1	0,716	0,085
	%	68,10%	31,90%	100,00%				
	Anteil Gesamt	86,00%	92,00%	87,80%				
nein	n	8	2	10				
	%	80,00%	20,00%	100,00%				
	Anteil Gesamt	14,00%	8,00%	12,20%				
Gesamt	n	57	25	82				
	%	69,50%	30,50%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Beruf								
berufstätig	n	8	3	11	2,368	4	0,669	0,085
	%	72,70%	27,30%	100,00%				
	Anteil Gesamt	14,00%	12,00%	13,40%				
krank geschrieben	n	10	3	13				
	%	76,90%	23,10%	100,00%				
	Anteil Gesamt	17,50%	12,00%	15,90%				
arbeitslos	n	3	0	3				
	%	100,00%	0,00%	100,00%				
	Anteil Gesamt	5,30%	0,00%	3,70%				
Rente	n	35	18	53				
	%	66,00%	34,00%	100,00%				
	Anteil Gesamt	61,40%	72,00%	64,60%				
sonstige	n	1	1	2				
	%	50,00%	50,00%	100,00%				
	Anteil Gesamt	1,80%	4,00%	2,40%				
Gesamt	n	57	25	82				
	%	69,50%	30,50%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Diagnosegruppe								

		Depr < 8	Depr ≥ 8	Gesamt	X^2	df	p	η
obere Gastro	n	22	16	38	4,51	1	0,053	0,235
	%	57,90%	42,10%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	38,60%	64,00%	46,30%				
untere Gastro	n	35	9	44				
	%	79,50%	20,50%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	61,40%	36,00%	53,70%				
Gesamt	n	57	25	82				
	%	69,50%	30,50%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Metastasen								
Ja	n	23	10	33	0,001	1	1	0,003
	%	69,70%	30,30%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	40,40%	40,00%	40,20%				
Nein	n	34	15	49				
	%	69,40%	30,60%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	59,60%	60,00%	59,80%				
Gesamt	n	57	25	82				
	%	69,50%	30,50%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Krankheitsstatus								
Ersterkrankung	n	44	20	64	0,083	2	0,959	0,032
	%	68,80%	31,30%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	77,20%	80,00%	78,00%				
Rezidiv	n	5	2	7				
	%	71,40%	28,60%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	8,80%	8,00%	8,50%				
Zweittumor	n	8	3	11				
	%	72,70%	27,30%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	14,00%	12,00%	13,40%				
Gesamt	n	57	25	82				
	%	69,50%	30,50%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Behandlung								
OP	n	35	16	51	0,9	2	0,638	0,018
	%	68,60%	31,40%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	61,40%	64,00%	62,20%				
sonstige	n	2	0	2				
	%	100,00%	0,00%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	3,50%	0,00%	2,40%				

		Depr < 8	Depr ≥ 8	Gesamt	X^2	df	p	η
keine	n	20	9	29				
	%	69,00%	31,00%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	35,10%	36,00%	35,40%				
Gesamt	n	57	25	82				
	%	69,50%	30,50%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Behandlungsziel								
nicht palliativ	n	29	7	36	3,693	1	0,09	0,212
	%	80,60%	19,40%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	50,90%	28,00%	43,90%				
palliativ	n	28	18	46				
	%	60,90%	39,10%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	49,10%	72,00%	56,10%				
Gesamt	n	57	25	82				
	%	69,50%	30,50%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
weitere Krankheiten								
ja	n	37	18	55	0,389	1	0,615	0,069
	%	67,30%	32,70%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	64,90%	72,00%	67,10%				
nein	n	20	7	27				
	%	74,10%	25,90%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	35,10%	28,00%	32,90%				
Gesamt	n	57	25	82				
	%	69,50%	30,50%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Erfahrung mit Psychotherapie								
ja	n	3	5	8	3,865	1	0,1	0,232
	%	37,50%	62,50%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	6,10%	21,70%	11,10%				
nein	n	46	18	64				
	%	71,90%	28,10%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	93,90%	78,30%	88,90%				
Gesamt	n	49	23	72				
	%	68,10%	31,90%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				
Psychopharmaka								
ja	n	4	2	6	0,019	1	1	0,017
	%	66,70%	33,30%	100,00%				

		Depr < 8	Depr ≥ 8	Gesamt	X^2	df	p	η
	Anteil Gesamt	8,50%	9,50%	8,80%				
Nein	n	43	19	62				
	%	69,40%	30,60%	100,00%				
	Anteil Gesamt	91,50%	90,50%	91,20%				
Gesamt	n	47	21	68				
	%	69,10%	30,90%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Funktionsstatus								
normale Aktivität	n	37	17	54	0,65	3	0,885	0,018
	%	68,50%	31,50%	100,00%				
	Anteil Gesamt	64,90%	68,00%	65,90%				
fast uneingeschränkt	n	13	4	17				
	%	76,50%	23,50%	100,00%				
	Anteil Gesamt	22,80%	16,00%	20,70%				
weniger als 50% im Bett	n	4	2	6				
	%	66,70%	33,30%	100,00%				
	Anteil Gesamt	7,00%	8,00%	7,30%				
mehr als 50% im Bett	n	3	2	5				
	%	60,00%	40,00%	100,00%				
	Anteil Gesamt	5,30%	8,00%	6,10%				
Gesamt	n	57	25	82				
	%	69,50%	30,50%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Funktionsstatus gruppiert								
normale Aktivität	n	37	17	54	0,074	1	1	0,03
	%	68,50%	31,50%	100,00%				
	Anteil Gesamt	64,90%	68,00%	65,90%				
eingeschränkt	n	20	8	28				
	%	71,40%	28,60%	100,00%				
	Anteil Gesamt	35,10%	32,00%	34,10%				
Gesamt	n	57	25	82				
	%	69,50%	30,50%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				
Verstorben								
Nein	n	22	9	31	4,446	2	0,108	0,018
	%	71,00%	29,00%	100,00%				
	Anteil Gesamt	55,00%	45,00%	51,70%				
Ja	n	13	11	24				
	%	54,20%	45,80%	100,00%				

		Depr < 8	Depr ≥ 8	Gesamt	X^2	df	p	η
	Anteil Ge- samt	32,50%	55,00%	40,00%				
unbekannt	n	5	0	5				
	%	100,00%	0,00%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	12,50%	0,00%	8,30%				
Gesamt	n	40	20	60				
	%	66,70%	33,30%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				

Tabelle 66 Stichprobenmerkmale der Interventionsstudie zu Beginn in Bezug auf die globale Lebensqualität (Anova)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>η</i>
Gruppen							
Gespräch	27	52,78	20,28	2	0,147	0,863	0,004
PMR	26	53,53	20,02	79			
Info	29	50,58	22,70	81			
Gesamt	82	52,24	20,87				
Geschlecht							
männlich	50	57,33	22,18	1	8,337	0,005	0,097
weiblich	32	44,27	15,90	80			
Gesamt	82	52,24	20,87	81			
Altersgruppe							
< 60	17	60,29	22,35	2	1,657	0,197	0,040
60-69	30	50,83	19,74	79			
≥ 70	35	49,52	20,70	81			
Gesamt	82	52,24	20,87				
Partnerschaft							
Ja	65	53,59	22,19	1	1,325	0,253	0,016
Nein	17	47,06	14,11	80			
Gesamt	82	52,24	20,87	81			
Kinder							
Ja	72	51,04	21,21	1	1,956	0,166	0,024
Nein	10	60,84	16,69	80			
Gesamt	82	52,24	20,87	81			
Beruf							
berufstätig	11	48,48	19,65	4	0,804	0,527	0,040
krank geschrieben	13	60,90	24,15	77			
arbeitslos	3	58,33	30,05	81			
Rente	53	50,47	20,04				
sonstige	2	54,17	17,68				
Gesamt	82	52,24	20,87				
Diagnosegruppe							
obere Gastro	38	47,15	20,53	1	4,382	0,039	0,063
untere Gastro	44	56,63	20,38	80			
Gesamt	82	52,24	20,87	81			
Metastasen							
Ja	33	53,03	19,19	1	0,079	0,779	0,052
Nein	49	51,70	22,11	80			
Gesamt	82	52,24	20,87	81			
Krankheitsstatus							
Ersterkrankung	64	53,12	19,78	2	1,406	0,251	0,001
Rezidiv	7	58,34	25,91	79			
Zweitumor	11	43,18	23,22	81			
Gesamt	82	52,24	20,87				
Behandlung							
OP	51	50,82	20,02	2	1,027	0,363	0,034

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>η</i>
sonstige	2	37,50	29,46	79			
keine	29	55,75	21,95	81			
Gesamt	82	52,24	20,87				
Behandlungsziel							
nicht palliativ	36	53,93	21,96	1	0,422	0,518	0,025
palliativ	46	50,91	20,13	80			
Gesamt	82	52,24	20,87	81			
weitere Krankheiten							
ja	55	50,61	20,96	1	1,019	0,316	0,005
nein	27	55,56	20,67	80			
Gesamt	82	52,24	20,87	81			
Erfahrung mit Psychotherapie							
ja	8	47,92	20,29	1	0,151	0,698	0,002
nein	64	51,04	21,54	70			
Gesamt	72	50,69	21,29	71			
Psychopharmaka							
ja	6	52,78	12,55	1	0,068	0,795	0,001
nein	62	50,40	21,89	66			
Gesamt	68	50,61	21,18	67			
Funktionsstatus							
normale Aktivität	54	52,32	21,26	3	0,816	0,489	0,030
fast uneingeschränkt	17	48,53	18,22	78			
weniger als 50% im Bett	6	63,89	22,77	81			
mehr als 50% im Bett	5	50,00	24,29				
Gesamt	82	52,24	20,87				
Funktionsstatus gruppiert							
normale Aktivität	54	52,32	21,26	1	0,002	0,962	1
eingeschränkt	28	52,08	20,49	80			
Gesamt	82	52,24	20,87	81			
Verstorben							
nein	31	51,07	21,60	2	1,810	0,173	2
ja	24	47,92	17,59	57			
unbekannt	5	66,67	21,25	59			
Gesamt	60	51,11	20,32				

Tabelle 67 Kontingenztafeln der Verteilung der Patienten mit erweitertem psychoonkologischen Betreuungsbedarf zu Beginn und am Ende der Untersuchung

		Beginn der Untersuchung	Ende der Untersuchung	Gesamt	X^2	df	p	η
kein Bedarf	<i>n</i>	29	33	62	0,415	1	0,629	0,05
	%	46,80%	53,20%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	35,40%	40,20%	37,80%				
Bedarf	<i>n</i>	53	49	102				
	%	52,00%	48,00%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	64,60%	59,80%	62,20%				
Gesamt	<i>n</i>	82	82	164				
	%	50,00%	50,00%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				

Tabelle 68 Kontingenztafeln der Verteilung der Patienten mit psychoonkologischem Betreuungsbedarf nach der HADS zu Beginn und am Ende der Untersuchung

		Beginn der Untersuchung	Ende der Untersuchung	Gesamt	X^2	df	p	η
kein Bedarf	<i>n</i>	42	51	93	2,012	1	0,207	0,111
	%	45,20%	54,80%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	51,20%	62,20%	56,70%				
Bedarf	<i>n</i>	40	31	71				
	%	56,30%	43,70%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	48,80%	37,80%	43,30%				
Gesamt	<i>n</i>	82	82	164				
	%	50,00%	50,00%	100,00%				
	Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%				

Tabelle 69 Kontingenztafeln der Verteilung der Patienten mit psychoonkologischem Betreuungsbedarf nach FBK zu Beginn und am Ende der Untersuchung

		Beginn der Untersuchung	Ende der Untersuchung	Gesamt	X^2	df	p	η
kein Bedarf	n	44	55	82	3,084	1	0,11	0,137
	%	53,70%	46,30%	100,00%				
	Anteil Gesamt	44,40%	58,50%	50,00%				
Bedarf	n	38	27	82				
	%	67,10%	32,90%	100,00%				
	Anteil Gesamt	55,60%	41,50%	50,00%				
Gesamt	n	82	82	164				
	%	50,00%	50,00%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				

Tabelle 70 Kontingenztafeln der Verteilung der Patienten mit psychoonkologischem Betreuungsbedarf nach PO-Bado zu Beginn und am Ende der Untersuchung

		Beginn der Untersuchung	Ende der Untersuchung	Gesamt	X^2	df	p	η
kein Bedarf	n	55	54	109	0,027	1	1	0,013
	%	50,50%	49,50%	100,00%				
	Anteil Gesamt	67,10%	65,90%	66,50%				
Bedarf	n	27	28	55				
	%	49,10%	50,90%	100,00%				
	Anteil Gesamt	32,90%	34,10%	33,50%				
Gesamt	n	82	82	164				
	%	50,00%	50,00%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				

Tabelle 71 Kontingenztafeln der Verteilung der Patienten mit eingegtem psychoonkologischen Betreuungsbedarf zu Beginn und am Ende der Untersuchung

		Beginn der Untersuchung	Ende der Unter- suchung	Gesamt	X^2	df	p	η
kein Bedarf	n	16	6	22	5,250	1	0,037	0,179
	%	72,70%	27,30%	100,00%				
	Anteil Gesamt	19,50%	7,30%	13,40%				
Bedarf	n	66	76	142				
	%	46,50%	53,50%	100,00%				
	Anteil Gesamt	80,50%	92,70%	86,60%				
Gesamt	n	82	82	164				
	%	50,00%	50,00%	100,00%				
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%				

Tabelle 72 Kontingenztafeln der Veränderung des Betreuungsbedarfs (PO-Bado) in Bezug auf die Interventionsgruppen

	Gespräch	PMR	Info	Gesamt	X^2	df	p	η
Verbesserung								
<i>n</i>	8	6	1	15	7,153	2	0,028	0,48
%	53,30%	40,00%	6,70%	100,00%				
Anteil Gesamt	66,70%	60,00%	11,10%	48,40%				
Verschlechterung								
<i>n</i>	4	4	8	16				
%	25,00%	25,00%	50,00%	100,00%				
Anteil Gesamt	33,30%	40,00%	88,90%	51,60%				
Gesamt								
<i>n</i>	12	10	9	31				
%	38,70%	32,30%	29,00%	100,00%				
Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%				

Stichprobengrößen inkl. Patienten ohne Veränderung: Gespräch ($n=27$), PMR ($n=26$), Info ($n=29$)

Tabelle 73 Angst im Testzeitpunktvergleich (t-Test)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Studienbeginn	81	6,47	3,725	3,437	80	0,001
Studienende	81	5,19	3,609			
Studienbeginn	48	6,31	3,827	1,549	47	0,128
Katamnese	48	5,56	3,202			
Studienende	48	4,69	3,256	-2,123	47	0,039
Katamnese	48	5,56	3,202			

Tabelle 74 Vergleich der differenzierten Angst im Testzeitpunktvergleich (t-Test)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Angst zu Beginn der Untersuchung < 8						
Studienbeginn	53	4,38	2,355	1,006	52	0,319
Studienende	53	3,94	2,912			
Studienbeginn	31	4,1	2,357	-0,841	30	0,407
Katamnese	31	4,58	3,02			
Studienende	31	3,55	2,392	-1,927	30	0,064
Katamnese	31	4,58	3,02			
Angst zu Beginn der Untersuchung ≥ 8						
Studienbeginn	28	10,43	2,364	4,748	27	0
Studienende	28	7,54	3,677			
Studienbeginn	17	10,35	2,396	5,274	16	0
Katamnese	17	7,35	2,783			
Studienende	17	6,76	3,649	-0,908	16	0,377
Katamnese	17	7,35	2,783			

Tabelle 75 Vergleich der Angst von Patienten mit und ohne Bedarf (PO-Bado) im Testzeitpunktvergleich (t-Test)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
nicht betreuungsbedürftige Patienten zu Beginn der Untersuchung						
Studienbeginn	54	5,44	3,166	1,581	53	0,12
Studienende	54	4,74	3,354			
Studienbeginn	34	4,88	3,082	0,051	33	0,96
Katamnese	34	4,85	2,956			
Studienende	34	3,59	2,35	-2,665	33	0,012
Katamnese	34	4,85	2,956			
betreuungsbedürftige Patienten zu Beginn der Untersuchung						
Studienbeginn	27	8,52	3,965	3,852	26	0,001
Studienende	27	6,07	3,99			
Studienbeginn	14	9,79	3,239	3,565	13	0,003
Katamnese	14	7,29	3,221			
Studienende	14	7,36	3,671	0,091	13	0,929
Katamnese	14	7,29	3,221			

Tabelle 76 Ausprägung der Angst bei zu Beginn der Untersuchung angstfreien Patienten (HADS < 8) bei den Interventionsgruppen im Testzeitpunktvergleich (t-Test)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Gespräch						
Studienbeginn	14	4,86	2,381	0,689	13	0,503
Studienende	14	4,07	3,198			
Studienbeginn	9	4	2,598	-1,871	8	0,098
Katamnese	9	6,33	3,775			
Studienende	9	4,22	3,193	-1,509	8	0,17
Katamnese	9	6,33	3,775			
PMR						
Studienbeginn	20	4,55	2,188	-0,213	19	0,834
Studienende	20	4,7	3,147			
Studienbeginn	10	4,3	2,312	0	9	1
Katamnese	10	4,3	1,567			
Studienende	10	4,2	1,687	-0,133	9	0,897
Katamnese	10	4,3	1,567			
Info						
Studienbeginn	19	3,84	2,522	1,662	18	0,114
Studienende	19	3,05	2,272			
Studienbeginn	12	4	2,412	0,623	11	0,546
Katamnese	12	3,5	2,939			
Studienende	12	2,5	1,977	-1,535	11	0,153
Katamnese	12	3,5	2,939			

Tabelle 77 Ausprägung der Angst bei zu Beginn der Untersuchung angstbehafteten Patienten (HADS ≥ 8) bei den Interventionsgruppen im Testzeitpunktvergleich (t-Test)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Gespräch						
Studienbeginn	12	10,25	2,454	2,321	11	0,040
Studienende	12	8,25	3,519			
Studienbeginn	8	10,75	2,816	1,986	7	0,087
Katamnese	8	9	2,204			
Studienende	8	8	4,106	-0,921	7	0,388
Katamnese	8	9	2,204			
PMR						
Studienbeginn	6	12,17	2,483	2,621	5	0,047
Studienende	6	8,67	3,011			
Studienbeginn	4	11	2,16	3,363	3	0,044
Katamnese	4	7,5	2,646			
Studienende	4	7,5	2,646	0	3	1
Katamnese	4	7,5	2,646			
Info						
Studienbeginn	10	9,6	1,776	3,221	9	0,010
Studienende	10	6	4,028			
Studienbeginn	5	9,2	1,789	9,021	4	0,001
Katamnese	5	4,6	1,517			
Studienende	5	4,2	2,588	-0,535	4	0,621
Katamnese	5	4,6	1,517			

Tabelle 78 Ausprägung der Angst bei Patienten mit psychoonkologischem Behandlungsbedarf (PO-Bado) zu Beginn der Untersuchung im Testzeitpunktvergleich (t-Test)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Gespräch						
Studienbeginn	11	9,18	3,311	2,448	10	0,034
Studienende	11	6,82	4,490			
Studienbeginn	8	10,00	3,546	1,256	7	0,250
Katamnese	8	8,75	2,188			
Studienende	8	8,38	3,815	-0,434	7	0,678
Katamnese	8	8,75	2,188			
PMR						
Studienbeginn	10	8,60	4,402	2,438	9	0,037
Studienende	10	6,30	4,084			
Studienbeginn	3	10,00	4,000	6,928	2	0,020
Katamnese	3	6,00	5,000			
Studienende	3	7,67	2,082	0,585	2	0,618
Katamnese	3	6,00	5,000			
Info						
Studienbeginn	6	7,17	4,665	1,561	5	0,179
Studienende	6	4,33	2,733			
Studienbeginn	3	9,00	2,646	6,500	2	0,023
Katamnese	3	4,67	2,082			
Studienende	3	4,33	3,786	-0,229	2	0,840
Katamnese	3	4,67	2,082			

Tabelle 79 Ausprägung der Angst bei Patienten ohne psychoonkologischem
Betreuungsbedarf (PO-Bado) zu Beginn der Untersuchung im
Testzeitpunktvergleich (t-Test)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Gespräch						
Studienbeginn	15	6,00	3,317	0,584	14	0,568
Studienende	15	5,40	3,460			
Studienbeginn	9	4,67	3,428	-1,412	8	0,196
Katamnese	9	6,56	3,941			
Studienende	9	3,89	3,018	-1,860	8	0,100
Katamnese	9	6,56	3,941			
PMR						
Studienbeginn	16	4,88	2,941	-0,359	15	0,724
Studienende	16	5,19	3,146			
Studienbeginn	11	5,18	3,219	0,216	10	0,833
Katamnese	11	5,00	1,414			
Studienende	11	4,45	2,115	-1,150	10	0,277
Katamnese	11	5,00	1,414			
Info						
Studienbeginn	23	5,48	3,287	2,875	22	0,009
Studienende	23	4,00	3,425			
Studienbeginn	14	4,79	2,966	1,398	13	0,186
Katamnese	14	3,64	2,735			
Studienende	14	2,71	1,858	-1,690	13	0,115
Katamnese	14	3,64	2,735			

Tabelle 80 Angst im zeitlichen Verlauf (Mehrebenenanalyse)

Testzeitpunkte	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
t3	82	5,37	3,29	5,366	14,662	0,000
t4	81	5,52	3,15	0,153	0,294	0,769
t5	81	4,83	2,90	-0,539	-1,038	0,300
t6	81	4,94	3,34	-0,428	-0,824	0,410
t7	81	5,21	2,30	-0,156	-0,300	0,764
t8	81	5,30	3,48	-0,070	-0,134	0,893
t9	81	5,01	3,50	-0,353	-0,681	0,496
t10	81	5,20	3,19	-0,167	-0,324	0,746
t11	81	4,83	3,34	-0,539	-1,038	0,300
t12	81	5,20	3,61	-0,181	-0,348	0,728

Tabelle 81 Depression im Testzeitpunktvergleich (t-Test)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Studienbeginn	81	5,84	3,280	0,400	80	0,690
Studienende	81	5,69	3,693			
Studienbeginn	48	5,15	3,032	0,584	47	0,562
Katamnese	48	4,88	3,412			
Studienende	48	4,83	3,131	-0,090	47	0,929
Katamnese	48	4,88	3,412			

Tabelle 82 Differenzierte Depression im Testzeitpunktvergleich (t-Test)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Depression zu Beginn der Untersuchung < 8						
Studienbeginn	56	4,07	1,867	-1,059	55	0,294
Studienende	56	4,54	3,208			
Studienbeginn	38	3,97	1,867	-0,777	37	0,442
Katamnese	38	4,37	3,537			
Studienende	38	4,29	2,912	-0,140	37	0,889
Katamnese	38	4,37	3,537			
Depression zu Beginn der Untersuchung ≥ 8						
Studienbeginn	25	9,80	2,062	2,454	24	0,022
Studienende	25	8,28	3,434			
Studienbeginn	10	9,60	2,413	4,118	9	0,003
Katamnese	10	6,80	2,044			
Studienende	10	6,90	3,213	0,148	9	0,885
Katamnese	10	6,80	2,044			

Tabelle 83 Vergleich der Depression von Patienten mit und ohne Bedarf (PO-Bado) im Testzeitpunktvergleich (t-Test)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
nicht betreuungsbedürftige Patienten zu Beginn der Untersuchung						
Studienbeginn	54	4,54	2,604	-1,325	53	0,191
Studienende	54	5,17	3,72			
Studienbeginn	34	3,91	2,006	-0,431	33	0,669
Katamnese	34	4,15	3,377			
Studienende	34	3,94	2,923	-0,342	33	0,734
Katamnese	34	4,15	3,377			
betreuungsbedürftige Patienten zu Beginn der Untersuchung						
Studienbeginn	27	8,44	2,953	3,741	26	0,001
Studienende	27	6,74	3,471			
Studienbeginn	14	8,14	3,06	1,836	13	0,089
Katamnese	14	6,64	2,898			
Studienende	14	7	2,572	0,541	13	0,597
Katamnese	14	6,64	2,898			

Tabelle 84 Ausprägung der Depression bei Patienten ohne Depression (HADS < 8) zu Beginn der Untersuchung bzgl. der Interventionsgruppen im Testzeitpunktvergleich (t-Test)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Gespräch						
Studienbeginn	17	4,76	1,602	-1,102	16	0,287
Studienende	17	5,53	3,204			
Studienbeginn	12	4,58	1,564	-1,942	11	0,078
Katamnese	12	6,42	4,274			
Studienende	12	4,67	2,774	-1,331	11	0,210
Katamnese	12	6,42	4,274			
PMR						
Studienbeginn	17	3,59	1,698	-0,642	16	0,530
Studienende	17	4,18	2,877			
Studienbeginn	11	3,73	1,679	-0,353	10	0,731
Katamnese	11	4,09	2,386			
Studienende	11	5,18	2,822	1,443	10	0,180
Katamnese	11	4,09	2,386			
Info						
Studienbeginn	22	3,91	2,091	-0,194	21	0,848
Studienende	22	4,05	3,415			
Studienbeginn	15	3,67	2,193	1,153	14	0,268
Katamnese	15	2,93	2,963			
Studienende	15	3,33	2,992	0,569	14	0,578
Katamnese	15	2,93	2,963			

Tabelle 85 Ausprägung der Depression bei Patienten mit Depression (HADS ≥ 8) zu Beginn der Untersuchung bzgl. der Interventionsgruppen im Testzeitpunktvergleich (t-Test)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Gespräch						
Studienbeginn	9	10,67	2,693	2,095	8	0,069
Studienende	9	9,22	2,906			
Studienbeginn	5	10,80	3,033	1,863	4	0,136
Katamnese	5	8,40	1,140			
Studienende	5	8,20	2,588	-0,206	4	0,847
Katamnese	5	8,40	1,140			
PMR						
Studienbeginn	9	8,89	1,054	0,679	8	0,516
Studienende	9	7,89	4,372			
Studienbeginn	3	8,33	0,577	3,000	2	0,095
Katamnese	3	5,33	1,528			
Studienende	3	6,67	4,041	0,918	2	0,456
Katamnese	3	5,33	1,528			
Info						
Studienbeginn	7	9,86	1,864	2,562	6	0,043
Studienende	7	7,57	2,878			
Studienbeginn	2	8,50	0,707	7,000	1	0,090
Katamnese	2	5,00	1,414			
Studienende	2	4,00	2,828	-1,000	1	0,500
Katamnese	2	5,00	1,414			

Tabelle 86 Ausprägung der Depression bei Patienten ohne psychoonkologischen
Betreuungsbedarf zu Beginn der Untersuchung im Testzeitpunktvergleich (t-
Test)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Gespräch						
Studienbeginn	15	4,80	1,935	-1,200	14	0,25
Studienende	15	5,73	3,674			
Studienbeginn	9	4,11	1,453	-1,167	8	0,277
Katamnese	9	5,56	4,640			
Studienende	9	4,00	2,646	-0,885	8	0,402
Katamnese	9	5,56	4,640			
PMR						
Studienbeginn	16	4,13	2,705	-1,399	15	0,182
Studienende	16	5,50	3,670			
Studienbeginn	11	3,91	2,023	-0,353	10	0,731
Katamnese	11	4,27	2,284			
Studienende	11	4,91	2,879	0,888	10	0,396
Katamnese	11	4,27	2,284			
Info						
Studienbeginn	23	4,65	2,964	0,12	22	0,906
Studienende	23	4,57	3,859			
Studienbeginn	14	3,79	2,392	0,951	13	0,359
Katamnese	14	3,14	3,035			
Studienende	14	3,14	3,085	0	13	1
Katamnese	14	3,14	3,035			

Tabelle 87 Ausprägung der Depression bei Patienten mit psychoonkologischem Betreuungsbedarf zu Beginn der Untersuchung im Testzeitpunktvergleich(t-Test)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Gespräch						
Studienbeginn	11	9,55	3,30	2,219	10	0,051
Studienende	11	8,27	2,87			
Studienbeginn	8	9,00	3,42	0,296	7	0,776
Katamnese	8	8,63	1,06			
Studienende	8	7,63	2,50	-1,323	7	0,227
Katamnese	8	8,63	1,06			
PMR						
Studienbeginn	10	7,50	2,12	2,067	9	0,069
Studienende	10	5,40	4,27			
Studienbeginn	3	7,67	1,53	3	2	0,095
Katamnese	3	4,67	2,52			
Studienende	3	7,67	2,89	3	2	0,095
Katamnese	3	4,67	2,52			
Info						
Studienbeginn	6	8,00	3,29	2,803	5	0,038
Studienende	6	6,17	2,04			
Studienbeginn	3	6,33	3,06	5,196	2	0,035
Katamnese	3	3,33	2,52			
Studienende	3	4,67	1,53	2	2	0,184
Katamnese	3	3,33	2,52			

Tabelle 88 Depression im zeitlichen Verlauf (Mehrebenenanalyse)

Testzeitpunkte	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
t3	82	5,24	3,14	5,424	14,009	0,000
t4	81	5,54	3,09	0,300	0,564	0,573
t5	81	5,27	3,21	0,028	0,052	0,958
t6	81	5,49	3,21	0,250	0,471	0,638
t7	81	5,22	3,10	-0,022	-0,041	0,967
t8	81	5,85	3,65	0,608	1,145	0,253
t9	81	5,71	3,63	0,472	0,889	0,374
t10	81	5,49	3,47	0,250	0,471	0,638
t11	81	5,44	3,61	0,201	0,378	0,706
t12	81	5,69	3,69	0,447	0,843	0,400

Tabelle 89 Kontingenztafeln zur Entwicklung der Lebensqualität in Bezug auf die Interventionsgruppen

	Gespräch	PMR	Info	Gesamt	<i>X</i> ²	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>η</i>
keine Änderung								
<i>n</i>	9	3	6	18	8,299	4	0,081	0,242
%	50,00%	16,70%	33,30%	100,00%				
Anteil Gesamt	33,30%	11,50%	20,70%	22,00%				

Verbesserung				
n	10	12	6	28
%	35,70%	42,90%	21,40%	100,00%
Anteil Gesamt	37,00%	46,20%	20,70%	34,10%
Verschlechterung				
n	8	11	17	36
%	22,20%	30,60%	47,20%	100,00%
Anteil Gesamt	29,60%	42,30%	58,60%	43,90%
Gesamt				
n	27	26	29	82
%	32,90%	31,70%	35,40%	100,00%
Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabelle 90 Auswirkung einer im Verlauf verringerten Angst auf die Lebensqualität (Anova)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>η</i>
Verbesserung	14	55,95	20,00	1	5,838	0,027	0,256
Verschlechterung	5	30,00	22,51	17			
Gesamt	19	49,12	23,22	18			

Tabelle 91 Veränderung der Pulsfrequenz innerhalb der Gesprächssitzung (McNemar)

Pulsfrequenz		keine Zunahme	Zunahme	Gesamt	McNemar	p
keine Abnahme	<i>n</i>	67	113	180	5,993	0,014
	<i>%</i>	37,20%	62,80%	100,00%		
	Anteil Gesamt	30,30%	100,00%	53,90%		
Abnahme	<i>n</i>	154	0	154		
	<i>%</i>	100,00%	0,00%	100,00%		
	Anteil Gesamt	69,70%	0,00%	46,10%		
Gesamt	<i>n</i>	221	113	334		
	<i>%</i>	66,20%	33,80%	100,00%		
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%		

Tabelle 92 Veränderung der Pulsfrequenz innerhalb der Entspannungssitzung

Pulsfrequenz		keine Zunahme	Zunahme	Gesamt	McNemar	p
keine Abnahme	<i>n</i>	79	161	240	0,028	0,868
	<i>%</i>	32,90%	67,10%	100,00%		
	Anteil Gesamt	32,40%	100,00%	59,30%		
Abnahme	<i>n</i>	165	0	165		
	<i>%</i>	100,00%	0,00%	100,00%		
	Anteil Gesamt	67,60%	0,00%	40,70%		
Gesamt	<i>n</i>	244	161	405		
	<i>%</i>	60,20%	39,80%	100,00%		
	Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%		

Tabelle 93 Pulsfrequenz bzgl. der Interventionsgruppen (Anova)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>η</i>
Pulsfrequenz zu Beginn der Intervention							
Gespräch	21	100,48	15,062	1	4,168	0,048	0,300
PMR	23	108,65	11,396	43			
Gesamt	44	104,75	13,749	44			
Pulsfrequenz am Ende der Intervention							
Gespräch	20	102,85	11,573	1	0,084	0,774	
PMR	22	104,14	16,496	41			
Gesamt	42	103,52	14,208	42			

Tabelle 94 Kontingenztafeln zur Veränderung des erweiterten Betreuungsbedarfs in Bezug auf das Geschlecht

Behandlungsbedarf	keine Änderung	Verbesserung	Verschlech- terung	Gesamt	<i>X</i> ²	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>η</i>
männlich								
<i>n</i>	25	14	11	50	6,488	2	0,039	0,281
%	50,00%	28,00%	22,00%	100,00%				
Anteil Gesamt	50,00%	77,80%	78,60%	61,00%				
weiblich								
<i>n</i>	25	4	3	32				
%	78,10%	12,50%	9,40%	100,00%				
Anteil Gesamt	50,00%	22,20%	21,40%	39,00%				
Gesamt								
<i>n</i>	50	18	14	82				
%	61,00%	22,00%	17,10%	100,00%				
Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%				

Tabelle 95 Kontingenztafeln zur Depressionsveränderungen in Bezug auf das Geschlecht

Depression	keine Änderung	Verbesserung	Verschlech- terung	Gesamt	<i>X</i> ²	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>η</i>
männlich								
<i>n</i>	42	2	6	50				
%	84,00%	4,00%	12,00%	100,00%				
Anteil Gesamt	68,90%	20,00%	54,50%	61,00%				
weiblich								
<i>n</i>	19	8	5	32				
%	59,40%	25,00%	15,60%	100,00%				
Anteil Gesamt	31,10%	80,00%	45,50%	39,00%				
Gesamt								
<i>n</i>	61	10	11	82	8,838	2	0,012	0,328
%	74,40%	12,20%	13,40%	100,00%				
Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%				

Tabelle 96 Kontingenztafeln zur Lebensqualitätsveränderungen in Bezug auf den Krankheitsstatus

Lebensqualität	keine Änderung	Verbesserung	Verschlech- terung	Gesamt	X^2	df	p	η
Ersterkrankung								
<i>n</i>	16	24	24	64				
%	25,00%	37,50%	37,50%	100,00%				
Anteil Gesamt	88,90%	85,70%	66,70%	78,00%				
Rezidiv								
<i>n</i>	2	3	2	7				
%	28,60%	42,90%	28,60%	100,00%				
Anteil Gesamt	11,10%	10,70%	5,60%	8,50%				
Zweitumor								
<i>n</i>	0	1	10	11				
%	0,00%	9,10%	90,90%	100,00%				
Anteil Gesamt	0,00%	3,60%	27,80%	13,40%				
Gesamt								
<i>n</i>	18	28	36	82	11,723	4	0,020	0,325
%	22,00%	34,10%	43,90%	100,00%				
Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%				

Tabelle 97 Kontingenztafeln zur Veränderung des selbsteingeschätzten Betreuungsbedarfs (FBK) in Bezug auf die Tumorlokalisation

Betreuungsbedarf	keine Änderung	Verbesserung	Verschlech- terung	Gesamt	X^2	df	p	η
obere Gastro								
<i>n</i>	20	11	7	38				
%	52,60%	28,90%	18,40%	100,00%				
Anteil Gesamt	37,70%	55,00%	77,80%	46,30%				
untere Gastro								
<i>n</i>	33	9	2	44				
%	75,00%	20,50%	4,50%	100,00%				
Anteil Gesamt	62,30%	45,00%	22,20%	53,70%				
Gesamt								
<i>n</i>	53	20	9	82	5,758	2	0,056	0,265
%	64,60%	24,40%	11,00%	100,00%				
Anteil Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%				

Tabelle 98 Veränderung des selbsteingeschränkten Betreuungsbedarfs (FBK) in Bezug auf den gruppierten Funktionsstatus

Betreuungs- bedarf	keine Änderung	Verbesserung	Verschlech- terung	Gesamt	X^2	df	p	η
normale Aktivität								
<i>n</i>	32	13	9	54				
%	59,30%	24,10%	16,70%	100,00%				
Anteil Ge- samt	60,40%	65,00%	100,00%	65,90%				
eingeschränkt								
<i>n</i>	21	7	0	28				
%	75,00%	25,00%	0,00%	100,00%				
Anteil Ge- samt	39,60%	35,00%	0,00%	34,10%				
Gesamt								
<i>n</i>	53	20	9	82	5,38	2	0,068	0,256
%	64,60%	24,40%	11,00%	100,00%				
Anteil Ge- samt	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%				

Tabelle 99 Kontingenztafeln zur Veränderung des erweiterten Betreuungsbedarfs in Bezug auf die Copingstrategien Neubewertung und symptombezogene Rumination (ANOVA)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Neubewertung am Ende						
keine Änderung	48	4,472	1,073	2	5,107	0,008
Verbesserung	18	4,675	1,065	77		
Verschlechterung	14	3,440	1,606	79		
Gesamt	80	4,337	1,238			
symptombezogene Rumination						
keine Änderung	49	1,791	0,488	2	4,204	0,018
Verbesserung	18	1,500	0,332	78		
Verschlechterung	14	1,482	0,457	80		
Gesamt	81	1,673	0,471			

Tabelle 100 Verschlechterung des erweiterten psychoonkologischen Betreuungsbedarfs in Bezug auf die Copingstrategien (ANOVA)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Neubewertung zu Beginn						
Verschlechterung	14	3,869	1,200	1	3,136	0,080
keine Verschlechterung	68	4,501	1,219	80		
Gesamt	82	4,393	1,232	81		
Neubewertung am Ende						
Verschlechterung	14	3,440	1,606	1	9,901	0,002
keine Verschlechterung	66	4,527	1,067	78		
Gesamt	80	4,337	1,238	79		
Unterdrückung zu Beginn						
Verschlechterung	14	3,036	1,168	1	2,311	0,132
keine Verschlechterung	68	3,673	1,473	80		
Gesamt	82	3,564	1,440	81		
Unterdrückung am Ende						
Verschlechterung	14	3,446	1,576	1	0,286	0,594
keine Verschlechterung	66	3,678	1,450	78		
Gesamt	80	3,638	1,465	79		
symptombezogene Rumination						
Verschlechterung	14	1,482	0,457	1	2,835	0,096
keine Verschlechterung	67	1,713	0,468	79		
Gesamt	81	1,673	0,471	80		
selbstbezogene Rumination						
Verschlechterung	14	1,316	0,424	1	2,051	0,156
keine Verschlechterung	67	1,529	0,519	79		
Gesamt	81	1,492	0,508	80		
Distraction						
Verschlechterung	14	2,134	0,583	1	2,064	0,155
keine Verschlechterung	67	2,377	0,574	79		
Gesamt	81	2,335	0,579	80		
depressive Verarbeitung						
Verschlechterung	14	1,357	0,316	1	9,604	0,003
keine Verschlechterung	68	1,859	0,586	80		
Gesamt	82	1,773	0,580	81		
aktives problemorientiertes Coping						
Verschlechterung	14	3,229	0,938	1	1,071	0,304
keine Verschlechterung	68	3,476	0,790	80		
Gesamt	82	3,434	0,816	81		

Tabelle 101 Verbesserung des erweiterten psychoonkologischen Betreuungsbedarfs in Bezug auf die Copingstrategien (ANOVA)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Neubewertung zu Beginn						
Verbesserung	18	4,853	0,974	1	3,318	0,072
keine Verbesserung	64	4,263	1,271	80		
Gesamt	82	4,393	1,232	81		
Neubewertung am Ende						
Verbesserung	18	4,675	1,065	1	1,747	0,190
keine Verbesserung	62	4,239	1,275	78		
Gesamt	80	4,337	1,238	79		
Unterdrückung zu Beginn						
Verbesserung	18	3,625	1,441	1	0,041	0,840
keine Verbesserung	64	3,547	1,450	80		
Gesamt	82	3,564	1,440	81		
Unterdrückung am Ende						
Verbesserung	18	3,764	1,530	1	0,171	0,680
keine Verbesserung	62	3,601	1,456	78		
Gesamt	80	3,638	1,465	79		
symptombezogene Rumination						
Verbesserung	18	1,500	0,332	1	3,198	0,078
keine Verbesserung	63	1,722	0,495	79		
Gesamt	81	1,673	0,471	80		
selbstbezogene Rumination						
Verbesserung	18	1,460	0,522	1	0,089	0,766
keine Verbesserung	63	1,501	0,508	79		
Gesamt	81	1,492	0,508	80		
Distraktion						
Verbesserung	18	2,375	0,578	1	0,110	0,741
keine Verbesserung	63	2,323	0,584	79		
Gesamt	81	2,335	0,579	80		
depressive Verarbeitung						
Verbesserung	18	1,844	0,596	1	0,345	0,558
keine Verbesserung	64	1,753	0,579	80		
Gesamt	82	1,773	0,580	81		
aktives problemorientiertes Coping						
Verbesserung	18	3,578	0,754	1	0,711	0,402
keine Verbesserung	64	3,394	0,834	80		
Gesamt	82	3,434	0,816	81		

Tabelle 102 Veränderung der Depression in Bezug auf die Copingstrategien Neubewertung und symptombezogene Rumination (ANOVA)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Neubewertung zu Beginn						
keine Änderung	61	4,522	1,233	2	2,716	0,072
Verbesserung	10	4,469	1,143	79		
Verschlechterung	11	3,605	1,092	81		
Gesamt	82	4,393	1,232			
symptombezogene Rumination						
keine Änderung	60	1,592	0,438	2	4,092	0,020
Verbesserung	10	1,813	0,450	78		
Verschlechterung	11	1,989	0,543	80		
Gesamt	81	1,673	0,471			

Tabelle 103 Verschlechterung der Depression in Bezug auf die Copingstrategien (ANOVA)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Neubewertung zu Beginn						
Verschlechterung	11	3,605	1,092	1	5,483	0,022
keine Verschlechterung	71	4,515	1,213	80		
Gesamt	82	4,393	1,232	81		
Neubewertung am Ende						
Verschlechterung	10	4,033	1,467	1	0,687	0,410
keine Verschlechterung	70	4,380	1,208	78		
Gesamt	80	4,337	1,238	79		
Unterdrückung zu Beginn						
Verschlechterung	11	3,727	1,872	1	0,162	0,689
keine Verschlechterung	71	3,539	1,376	80		
Gesamt	82	3,564	1,440	81		
Unterdrückung am Ende						
Verschlechterung	10	4,125	1,249	1	1,270	0,263
keine Verschlechterung	70	3,568	1,488	78		
Gesamt	80	3,638	1,465	79		
symptombezogene Rumination						
Verschlechterung	11	1,989	0,543	1	6,078	0,016
keine Verschlechterung	70	1,623	0,443	79		
Gesamt	81	1,673	0,471	80		
selbstbezogene Rumination						
Verschlechterung	11	1,636	0,471	1	1,027	0,314
keine Verschlechterung	70	1,469	0,513	79		
Gesamt	81	1,492	0,508	80		
Distraktion						
Verschlechterung	11	2,307	0,427	1	0,030	0,864
keine Verschlechterung	70	2,339	0,602	79		
Gesamt	81	2,335	0,579	80		
depressive Verarbeitung						
Verschlechterung	11	1,691	0,628	1	0,253	0,616
keine Verschlechterung	71	1,786	0,576	80		
Gesamt	82	1,773	0,580	81		
aktives problemorientiertes Coping						
Verschlechterung	11	3,036	0,833	1	3,094	0,082
keine Verschlechterung	71	3,496	0,802	80		
Gesamt	82	3,434	0,816	81		

Tabelle 104 Verbesserung der Depression in Bezug auf die Copingstrategien (ANOVA)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Neubewertung zu Beginn						
Verbesserung	10	4,469	1,143	1	0,043	0,836
keine Verbesserung	72	4,382	1,251	80		
Gesamt	82	4,393	1,232	81		
Neubewertung am Ende						
Verbesserung	10	4,115	0,873	1	0,364	0,548
keine Verbesserung	70	4,369	1,284	78		
Gesamt	80	4,337	1,238	79		
Unterdrückung zu Beginn						
Verbesserung	10	3,400	1,569	1	0,146	0,703
keine Verbesserung	72	3,587	1,431	80		
Gesamt	82	3,564	1,440	81		
Unterdrückung am Ende						
Verbesserung	10	3,975	1,199	1	0,604	0,440
keine Verbesserung	70	3,589	1,500	78		
Gesamt	80	3,638	1,465	79		
symptombezogene Rumination						
Verbesserung	10	1,813	0,450	1	1,002	0,320
keine Verbesserung	71	1,653	0,474	79		
Gesamt	81	1,673	0,471	80		
selbstbezogene Rumination						
Verbesserung	10	1,529	0,526	1	0,058	0,810
keine Verbesserung	71	1,487	0,509	79		
Gesamt	81	1,492	0,508	80		
Distraction						
Verbesserung	10	2,250	0,520	1	0,243	0,624
keine Verbesserung	71	2,347	0,589	79		
Gesamt	81	2,335	0,579	80		
depressive Verarbeitung						
Verbesserung	10	1,840	0,564	1	0,150	0,700
keine Verbesserung	72	1,764	0,586	80		
Gesamt	82	1,773	0,580	81		
aktives problemorientiertes Coping						
Verbesserung	10	3,620	0,512	1	0,587	0,446
keine Verbesserung	72	3,408	0,849	80		
Gesamt	82	3,434	0,816	81		

Tabelle 105 Veränderung der Angst in Bezug auf die Copingstrategie
symptombezogene Rumination (ANOVA)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
symptombezogene Rumination						
keine Änderung	62	1,649	0,474	2	2,910	0,060
Verbesserung	14	1,607	0,421	78		
Verschlechterung	5	2,150	0,369	80		
Gesamt	81	1,673	0,471			

Tabelle 106 Verschlechterung der Angst in Bezug auf die Copingstrategien (ANOVA)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Neubewertung zu Beginn						
Verschlechterung	5	4,832	1,407	1	0,675	0,414
keine Verschlechterung	77	4,364	1,224	80		
Gesamt	82	4,393	1,232	81		
Neubewertung am Ende						
Verschlechterung	4	4,665	1,124	1	0,293	0,590
keine Verschlechterung	76	4,320	1,248	78		
Gesamt	80	4,337	1,238	79		
Unterdrückung zu Beginn						
Verschlechterung	5	4,150	1,808	1	0,881	0,351
keine Verschlechterung	77	3,526	1,419	80		
Gesamt	82	3,564	1,440	81		
Unterdrückung am Ende						
Verschlechterung	4	4,313	1,599	1	0,893	0,348
keine Verschlechterung	76	3,602	1,460	78		
Gesamt	80	3,638	1,465	79		
symptombezogene Rumination						
Verschlechterung	5	2,150	0,369	1	5,790	0,018
keine Verschlechterung	76	1,641	0,462	79		
Gesamt	81	1,673	0,471	80		
selbstbezogene Rumination						
Verschlechterung	5	1,514	0,412	1	0,010	0,920
keine Verschlechterung	76	1,491	0,516	79		
Gesamt	81	1,492	0,508	80		
Distraction						
Verschlechterung	5	2,425	0,259	1	0,128	0,722
keine Verschlechterung	76	2,329	0,595	79		
Gesamt	81	2,335	0,579	80		
depressive Verarbeitung						
Verschlechterung	5	2,000	0,529	1	0,812	0,370
keine Verschlechterung	77	1,758	0,583	80		
Gesamt	82	1,773	0,580	81		
aktives problemorientiertes Coping						
Verschlechterung	5	3,800	0,583	1	1,070	0,304
keine Verschlechterung	77	3,410	0,826	80		
Gesamt	82	3,434	0,816	81		

Tabelle 107 Verbesserung der Angst in Bezug auf die Copingstrategien (ANOVA)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Neubewertung zu Beginn						
Verbesserung	14	4,690	1,069	1	0,983	0,324
keine Verbesserung	68	4,332	1,261	80		
Gesamt	82	4,393	1,232	81		
Neubewertung am Ende						
Verbesserung	14	4,667	0,874	1	1,208	0,275
keine Verbesserung	66	4,267	1,297	78		
Gesamt	80	4,337	1,238	79		
Unterdrückung zu Beginn						
Verbesserung	14	2,929	1,536	1	3,387	0,069
keine Verbesserung	68	3,695	1,395	80		
Gesamt	82	3,564	1,440	81		
Unterdrückung am Ende						
Verbesserung	14	3,286	1,541	1	0,979	0,326
keine Verbesserung	66	3,712	1,449	78		
Gesamt	80	3,638	1,465	79		
symptombezogene Rumination						
Verbesserung	14	1,607	0,421	1	0,326	0,570
keine Verbesserung	67	1,687	0,483	79		
Gesamt	81	1,673	0,471	80		
selbstbezogene Rumination						
Verbesserung	14	1,408	0,326	1	0,458	0,500
keine Verbesserung	67	1,510	0,539	79		
Gesamt	81	1,492	0,508	80		
Distraction						
Verbesserung	14	2,384	0,560	1	0,120	0,730
keine Verbesserung	67	2,325	0,587	79		
Gesamt	81	2,335	0,579	80		
depressive Verarbeitung						
Verbesserung	14	2,014	0,487	1	2,988	0,088
keine Verbesserung	68	1,724	0,588	80		
Gesamt	82	1,773	0,580	81		
aktives problemorientiertes Coping						
Verbesserung	14	3,514	0,940	1	0,161	0,689
keine Verbesserung	68	3,418	0,795	80		
Gesamt	82	3,434	0,816	81		

Tabelle 108 Verschlechterung der Lebensqualität in Bezug auf die Copingstrategien (ANOVA)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Neubewertung zu Beginn						
Verschlechterung	28	4,286	1,421	80	0,317	0,575
keine Verschlechterung	54	4,448	1,131	1		
Gesamt	82	4,393	1,232	81		
Neubewertung am Ende						
Verschlechterung	28	4,238	1,517	78	0,272	0,603
keine Verschlechterung	52	4,390	1,072	1		
Gesamt	80	4,337	1,238	79		
Unterdrückung zu Beginn						
Verschlechterung	28	3,429	1,326	80	0,374	0,543
keine Verschlechterung	54	3,634	1,502	1		
Gesamt	82	3,564	1,440	81		
Unterdrückung am Ende						
Verschlechterung	28	3,821	1,459	78	0,676	0,413
keine Verschlechterung	52	3,538	1,472	1		
Gesamt	80	3,638	1,465	79		
symptombezogene Rumination						
Verschlechterung	28	1,781	0,503	79	2,301	0,133
keine Verschlechterung	53	1,616	0,448	1		
Gesamt	81	1,673	0,471	80		
selbstbezogene Rumination						
Verschlechterung	28	1,378	0,465	79	2,206	0,141
keine Verschlechterung	53	1,553	0,523	1		
Gesamt	81	1,492	0,508	80		
Distraction						
Verschlechterung	28	2,397	0,547	79	0,494	0,484
keine Verschlechterung	53	2,302	0,598	1		
Gesamt	81	2,335	0,579	80		
depressive Verarbeitung						
Verschlechterung	28	1,664	0,547	80	1,507	0,223
keine Verschlechterung	54	1,830	0,594	1		
Gesamt	82	1,773	0,580	81		
aktives problemorientiertes Coping						
Verschlechterung	28	3,193	0,884	80	3,845	0,053
keine Verschlechterung	54	3,559	0,758	1		
Gesamt	82	3,434	0,816	81		

Tabelle 109 Verbesserung der Lebensqualität in Bezug auf die Copingstrategien (ANOVA)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Neubewertung zu Beginn						
Verbesserung	36	4,385	1,236	80	0,002	0,962
keine Verbesserung	46	4,399	1,242	1		
Gesamt	82	4,393	1,232	81		
Neubewertung am Ende						
Verbesserung	35	4,465	1,085	78	0,667	0,417
keine Verbesserung	45	4,237	1,349	1		
Gesamt	80	4,337	1,238	79		
Unterdrückung zu Beginn						
Verbesserung	36	3,611	1,530	80	0,068	0,795
keine Verbesserung	46	3,527	1,381	1		
Gesamt	82	3,564	1,440	81		
Unterdrückung am Ende						
Verbesserung	35	3,407	1,485	78	1,550	0,217
keine Verbesserung	45	3,817	1,439	1		
Gesamt	80	3,638	1,465	79		
symptombezogene Rumination						
Verbesserung	36	1,597	0,411	79	1,683	0,198
keine Verbesserung	45	1,733	0,511	1		
Gesamt	81	1,673	0,471	80		
selbstbezogene Rumination						
Verbesserung	36	1,532	0,494	79	0,392	0,533
keine Verbesserung	45	1,460	0,522	1		
Gesamt	81	1,492	0,508	80		
Distraktion						
Verbesserung	36	2,337	0,591	79	0,001	0,979
keine Verbesserung	45	2,333	0,576	1		
Gesamt	81	2,335	0,579	80		
depressive Verarbeitung						
Verbesserung	36	1,789	0,541	80	0,047	0,830
keine Verbesserung	46	1,761	0,615	1		
Gesamt	82	1,773	0,580	81		
aktives problemorientiertes Coping						
Verbesserung	36	3,761	0,538	80	11,647	0,001
keine Verbesserung	46	3,178	0,906	1		
Gesamt	82	3,434	0,816	81		

Tabelle 110 Veränderung der Neubewertung und Unterdrückung zu Beginn und am Ende der Intervention (t-Test)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Neubewertung						
zu Beginn	80	4,36	1,23	79	0,163	0,871
am Ende	80	4,34	1,24			
Unterdrückung						
zu Beginn	80	3,53	1,44	79	-0,701	0,486
am Ende	80	3,64	1,46			

Tabelle 111 Korrelation der Copingstile mit Bezug auf Betreuungsbedarf, Angst, Depression und Lebensqualität

	Lebensqualität zu Beginn	Lebensqualität am Ende	Depression zu Beginn	Depression am Ende	Angst zu Beginn	Angst am Ende	FBK zu Beginn	FBK am Ende	PO-Bado zu Be- ginn	PO-Bado am Ende
Neubewertung zu Beginn										
<i>r</i>	0,001	0,018	-0,049	-0,242	0,088	0,063	-0,154	-0,32	-0,093	-0,203
<i>p</i>	0,994	0,872	0,66	0,029	0,433	0,576	0,166	0,003	0,406	0,067
<i>n</i>	82	81	82	81	82	81	82	82	82	82
Neubewertung am Ende										
<i>r</i>	-0,167	-0,015	0,005	-0,013	0,172	0,116	0,024	-0,038	0,126	-0,052
<i>p</i>	0,139	0,892	0,967	0,907	0,128	0,307	0,836	0,736	0,264	0,647
<i>n</i>	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
Unterdrückung zu Beginn										
<i>r</i>	-0,215	-0,18	0,211	0,274	0,004	0,244	0,3	0,082	0,087	0,08
<i>p</i>	0,052	0,108	0,057	0,013	0,973	0,028	0,006	0,464	0,439	0,474
<i>n</i>	82	81	82	81	82	81	82	82	82	82
Unterdrückung am Ende										
<i>r</i>	-0,041	-0,183	0,163	0,191	0,021	0,18	0,188	0,081	0,042	0,003
<i>p</i>	0,716	0,104	0,148	0,09	0,855	0,109	0,095	0,474	0,714	0,981
<i>n</i>	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
symptombezogene Rumination										
<i>r</i>	-0,172	-0,377	0,274*	0,389**	0,182	0,41**	0,379**	0,41**	0,103	0,044
<i>p</i>	0,126	0,001	0,013	0	0,104	0	0	0	0,362	0,7
<i>n</i>	81	81	81	81	81	81	81	81	81	81
selbstbezogene Rumination										
<i>r</i>	-0,095	-0,038	0,279	0,34	0,173	0,268*	0,239	0,096	0,03	-0,018
<i>p</i>	0,401	0,736	0,012	0,002	0,122	0,015	0,032	0,392	0,793	0,874
<i>n</i>	81	81	81	81	81	81	81	81	81	81
Distraktion										
<i>r</i>	0,09	0,026	0,018	0,042	0,073	0,07	0,055	-0,133	-0,093	-0,051
<i>p</i>	0,424	0,82	0,876	0,708	0,516	0,533	0,627	0,238	0,409	0,652
<i>n</i>	81	81	81	81	81	81	81	81	81	81
Depressive Verarbeitung										
<i>r</i>	-0,211	-0,24**	0,352**	0,271**	0,444**	0,383**	0,408**	0,069	0,096	0,105
<i>p</i>	0,057	0,031	0,001	0,014	0	0	0	0,54	0,393	0,348
<i>n</i>	82	81	82	81	82	81	82	82	82	82
aktives problemorientiertes Coping										
<i>r</i>	-0,104	0,076	0,057	-0,14	0,122	0,168	0,256**	-0,042	0,034	0,008
<i>p</i>	0,354	0,498	0,611	0,213	0,276	0,135	0,02	0,706	0,758	0,945
<i>n</i>	82	81	82	81	82	81	82	82	82	82

r: Korrelation nach Pearson

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 112 Datenbasis von $N=1081$ gastrointestinalen Tumorpatienten aus der Eichstichprobe der PO-Bado (Marten-Mittag, 2016, unveröffentlicht)

$N=1081$	somatische Belastung		psychische Belastung	
n	1057		1055	
M	7,30		9,61	
SD	4,168		6,363	

soziale Belastung	Familie		Wirtschaft		Sonstiges	
$N=1081$	n	%	n	%	n	%
ja	290	26,8%	117	10,8%	142	13,1%
nein	786	72,7%	953	88,2%	905	83,7%

Bedarf	n	%
$N=1081$		
ja	713	66,0%
nein	339	31,4%

Cut-off 1x4	n	%
$N=1081$		
Ja	564	52,2%
Nein	491	45,4%

Cut-off 2x3	n	%
$N=1081$		
Ja	584	54,0%
Nein	471	43,6%

Cut-off mind. 2 Zusatz	n	%
$N=1081$		
ja	960	88,8%
nein	117	10,8%

Cut-off 1x3 und 1 Zusatz	n	%
$N=1081$		
ja	748	69,2%
nein	307	28,4%

Tabelle 113 Veränderung der psychischen Belastung im Verlauf nach den Interventionsgruppen (t-Test)

	n	M	SD	t	df	p
Gespräch						
Studienbeginn	12	7,50	4,602	4,458	11	0,001
Studienende	12	2,08	1,975			
Studienbeginn	8	8,00	4,243	1,567	7	0,161
Katamnese	8	4,63	5,630			
Studienende	8	1,38	1,188	-1,914	7	0,097
Katamnese	8	4,63	5,630			
PMR						
Studienbeginn	10	3,70	2,869	-0,439	9	0,671
Studienende	10	4,20	4,131			
Studienbeginn	6	4,33	3,266	-0,781	5	0,470
Katamnese	6	6,50	6,921			
Studienende	6	5,50	4,087	-0,542	5	0,611
Katamnese	6	6,50	6,921			
Info						
Studienbeginn	9	5,00	3,391	-0,859	8	0,415
Studienende	9	6,56	5,457			
Studienbeginn	6	4,17	3,430	1,513	5	0,191
Katamnese	6	2,67	1,506			
Studienende	6	4,50	3,564	1,146	5	0,304
Katamnese	6	2,67	1,506			

8.4 Verwendete Materialien

8.4.1 Patienteninformation

Patienteninformation



DRK-Kliniken Berlin Köpenick
Klinik für Chirurgie
Chefarzt: Prof. Dr. med. M. Pross
Psychoonkologin: R. Hirth
Salvador-Allende Str. 2-8, 12559 Berlin
Tel. 030-3035-3854, Fax: 030-3035- 3328



Patienteninformation für die Studie Psychoonkologische Interventionen bei gastrointestinalen Tumorpatienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen besteht der Verdacht auf eine bösartige Geschwulst im Körper oder der Verdacht wurde bestätigt und Sie sollen bald an der Geschwulst operiert werden. Der heutige Kenntnisstand hat gezeigt, dass eine Tumorerkrankung ein einschneidendes Erlebnis darstellt und für Patienten mit starken Belastungen einhergeht.

Es gibt verschiedene psychoonkologische Verfahren, die helfen können, diese Belastungen zu lindern. Ähnliche Verfahren, wurden bereits bei anderen Erkrankungen erfolgreich erprobt. Noch ist aber nicht abschließend geklärt, welches Verfahren im Kontext Ihrer Erkrankung am effektivsten wirkt.

Um diese Frage zu klären, wird an den DRK Kliniken Berlin|Köpenick aktuell eine Studie durchgeführt. Durch Ihre Teilnahme an dieser Studie leisten Sie einen wichtigen Beitrag, um die Begleitung von Tumorpatienten zu verbessern.

Die Studie vergleicht die Effektivität von vier Verfahren zur psychoonkologischen Begleitung von Tumorpatienten während ihrer medizinischen Behandlung und Nachbehandlung. Als Teilnehmer der Studie werden Sie nach dem Zufallsprinzip einer von vier Gruppen zugeteilt. Entsprechend Ihrer Gruppe, erhalten Sie eine bestimmte Begleitung. Um den Erfolg der Begleitung zu messen, erhalten Sie im Laufe der Zeit verschiedene Fragebögen. Ggf. werden physiologische Parameter, wie Pulsfrequenz, bestimmt.

Im Folgenden wird der Behandlungsablauf für die verschiedenen Gruppen erläutert. Die medizinische Behandlung wird von der psychoonkologischen Begleitung nicht beeinflusst und erfolgt nach den standardisierten Kriterien. Die therapeutischen Interventionen werden in den medizinischen Behandlungsablauf integriert, so dass für die Teilnehmer nur ein geringer zeitlicher Mehraufwand entsteht (terminliche Koordination).

Ablauf

In einer Voruntersuchung wird geprüft, ob Sie die Voraussetzungen erfüllen, um an der Studie teilnehmen zu können. Haben Sie Ihre Einverständniserklärung gegeben und spricht nichts gegen die Studienteilnahme, erfolgt dann die Zuordnung zu einer der vier Gruppen. In fünf Sitzungen erhalten Sie dann Ihre jeweilige psychoonkologische Behandlung. Die erste Sitzung folgt gleich nach der Gruppenzuordnung. Am Ende findet ein Abschlussgespräch statt.

1. Gruppe: Gespräch

Patienten dieser Gruppe führen mit einem Therapeuten psychoonkologische Gespräche. In Gesprächen werden Fragen zur Erkrankung, sozialen Unterstützung, Erschöpfung und Müdigkeit, Bewältigungsstrategien und Patientenkompetenz besprochen. Vorstudien haben ergeben, dass dies wichtige Themen für Patienten sind. Das Gespräch orientiert sich überwiegend an vorgegebenen Fragen. Die Gespräche erfordern pro Sitzung einen Zeitaufwand von 20-30 Minuten.

2. Gruppe: Entspannung

Patienten dieser Gruppe erhalten Entspannungstherapie. Es wird die Progressive Muskelentspannung angewendet. Bei diesem Verfahren werden verschiedene Muskeln in einer bestimmten Abfolge angespannt und wieder entspannt. Die Methode ist ein standardisiertes Verfahren, dass z.B. bei Stressbewältigung erfolgreich angewandt wird. Untersuchungen zeigen, dass Entspannungstherapie die weitere Behandlung positiv beeinflussen kann. Die Entspannungstherapie erfordert pro Sitzung einen Zeitaufwand von 20-30 Minuten.

3. Gruppe: Informationsvermittlung

Patienten dieser Gruppe erhalten Informationsmaterial zu wichtigen Themen in Bezug auf die Bewältigung ihrer Erkrankung. Die Themen umfassen Fragen zur Erkrankung, zur sozialen Unterstützung, zu Erschöpfung und Müdigkeit, zu Bewältigungsstrategien und zu Patientenkompetenz. Vorstudien haben ergeben, dass dies wichtige Themen für Patienten sind. Das Lesen des Informationsmaterials erfordert pro Sitzung einen Zeitaufwand von 15-20 Minuten.

Teilnahme

Die Studie wurde von der zuständigen Ethikkommission geprüft und angenommen. Aufgabe der Ethikkommission ist es, festzustellen, ob durch eine Studie Risiken oder Nachteile für die Studienteilnehmer entstehen.

Sie haben das Recht, Ihre Teilnahme an der Studie jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne irgendwelche Folgen für Sie, zurückzuziehen. Bitte informieren Sie uns schriftlich oder mündlich über Ihre Entscheidung.

Auswertung und Datenschutz

Innerhalb der Studie wird Ihnen ein Pseudonym bestehend aus einer fortlaufenden Nummer zugewiesen. Weder Ihr Name, noch Ihr Vorname, noch Ihre Anschrift werden in der Studien-datenbank gespeichert oder weitergegeben.

Wenn Sie Ihre Studienteilnahme zurückziehen oder aus anderen Gründen, werden auf Ihr Verlangen hin alle Ihre Daten aus der Studiendatenbank gelöscht. Sie haben das Recht, Einsicht in die von Ihnen gespeicherten Daten zu erhalten und eventuell falsche Angaben berichtigen zu lassen.

Gesetzlich sind wir dazu verpflichtet, alle erhobenen Daten nach zehn Jahren zu löschen. Innerhalb der nächsten Jahre möchten wir viele Patienten für die Teilnahme an dieser Studie gewinnen. Während der Studie erhalten Sie diejenige Behandlung und Nachsorge, die Sie mit Ihren behandelnden Ärzten gemeinsam beschließen. Durch die Teilnahme an dieser Studie werden weder Ihre Behandlung noch die Nachsorge in irgendeiner Art und Weise betroffen.

Bitte zögern Sie nicht, Ihre Studienleiter jederzeit anzusprechen, falls Sie noch irgendeine Frage zu dieser Studie beantwortet haben möchten.

8.4.2 Einverständniserklärung zur Studie

Einverständniserklärung

Aufklärungsbogen und Einwilligungserklärung zur Studie „Psychologische Interventionen bei gastrointestinalen Tumorpatienten“

Von meinem behandelnden Arzt wurde ich über die medizinische Diagnose (ggf. des Verdachts) einer Tumorerkrankung im gastrointestinalen Bereich aufgeklärt. Ich willige nach entsprechender Beratung in die damit verbundenen Therapiemaßnahmen ein.

Unabhängig davon bin ich bereit, mich an einer Forschungsstudie zu beteiligen, die meine psychische Befindlichkeit im Krankheitsverlauf untersucht und verbessern soll.

Mir wurde der Untersuchungsablauf einschließlich der Fragebogendiagnostik hinreichend erläutert.

Meine so ermittelten Daten werden in pseudoanonymisierter Form (Code-Nummer, Angabe von Geburtsdatum und Geschlecht) ausschließlich für die im Forschungsprojekt verankerten Untersuchungszwecke benutzt und streng vertraulich behandelt.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung zur Teilnahme an der Studie jederzeit widerrufen kann, ohne dass mir Nachteile für den medizinischen Behandlungsverlauf entstehen. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden im Falle meines Widerrufs gelöscht.

Datum und Unterschrift des Patienten

8.4.3 Anleitung zur Durchführung der PMR

Anleitung zur Durchführung der PMR PROGRESSIVE MUSKELRELAXATION nach E. Jacobson

Der **Arzt Edmund Jacobson** stellte fest, dass ein Erregungs- bzw. Stresszustand immer mit einer Spannung und oft auch Verspannung der Muskeln einhergeht. Während im entspannten Zustand auch die Muskeln entspannt sind. Und aus dieser Feststellung heraus entwickelte er die „Progressive Muskelrelaxation“.

Was heißt „Progressive Muskelrelaxation“ überhaupt?

Progressive Muskelrelaxation bedeutet **voranschreitende Muskelentspannung**. Bei diesem Verfahren lernt man verschiedene Muskelgruppen des Körpers in bestimmter Reihenfolge erst anzuspannen und nach kurzer Zeit wieder zu lockern. Durch dieses abwechselnde An- und Entspannen kommt es innerhalb kurzer Zeit zu einem Entspannungseffekt. Die Fähigkeit, sich zu entspannen, wird genauso gelernt wie Schwimmen, Golfspielen oder Fahrradfahren, deshalb gilt auch hier Übung macht den Meister.

Was bedeutet „entspannt sein“?

Zu einer Entspannungsreaktion können folgende körperliche und geistige Veränderungen gehören:

- Senkung des Blutdrucks und der Herzfrequenz
- Verringerung der Atemfrequenz
- Entspannung der Skelettmuskulatur
- geistige Ruhe und Frische

Was kann PMR?

- Die PMR soll zu einer erholsamen, vertieften Ruhe führen.
- bessere Bewältigung von stressvollen Situationen
- Reduktion von Angst und Spannung und ein Absinken depressiver Symptome
- positive Wirkung auf die Nebenwirkungen der Strahlen- und Chemotherapie (z.B. Übelkeit)
- Abklingen von Ein- und Durchschlafstörungen
- Stärkung der Gesundheit und Erhöhung der Lebensqualität

Jemehr ich meine Muskeln entspanne, desto ruhiger werde ich
und je ruhiger ich werde, desto mehr entspannen sich meine Muskeln!

Allgemeine Hinweise für das selbstständige Üben

- Ort: in einen angenehmen, ruhigen Raum
- Zeit: kein Zeitdruck (sinnvoll, die Zeit nach der Arbeit, nach dem Essen oder vor dem Einschlafen)
- Empfehlung: während der Übung ggf. die Brille abnehmen, Kontaktlinsen herausnehmen, die Uhr ablegen und die Schuhe ausziehen
- Tipp: Wenn Sie mögen, legen Sie leise, ruhige Musik auf. (Im Internet und im Handel gibt es eine große Auswahl an Entspannungsmusik oder CDs mit Naturklängen)
- ➔ Je häufiger Sie üben, desto schneller und besser können Sie sich entspannen.
- ➔ Optimal: jeden Tag zweimal für ca. 15 Minuten üben, wobei zwischen den 2 täglichen Sitzungen 3 Stunden Abstand sein sollten

Quelle:

Bernstein D.A., Borkovec, T.D. (2007). *Entspannungstraining. Handbuch der Progressiven Muskelentspannung nach Jacobson*. Aus der Reihe „Leben Lernen“
Bonn: Klett-Cotta.
Sammer, U. (2009). *Entspannung erfolgreich vermitteln. Progressive Muskelentspannung und andere Verfahren*. 4. Auflage. Aus der Reihe „Leben Lernen“
Bonn: Klett-Cotta.

Ablauf

- Setzen Sie sich bequem hin. Noch besser gelingt die Methode in bequemer Kleidung liegend auf einer weichen Unterlage, Schuhe ausgezogen.
- Die Augen sind geschlossen.
- Versuchen Sie zunächst einmal ganz ruhig und gleichmäßig durchzuatmen. Genießen Sie das entspannte und ruhige Ein- und Ausatmen.
- Dann sind die verschiedenen Muskelgruppen dran. Jede Muskelgruppe ca. 7 Sekunden anspannen, dann plötzlich locker lassen. Etwa 20-45 Sekunden locker bleiben. Dann die nächste Muskelgruppe.

Hinweis: Bitte führen Sie die Muskelanspannung nur soweit durch, wie Sie körperlich dazu in der Lage sind! Achten Sie insbesondere auf die operierten oder schmerzenden Körperregionen! Sie können die Entspannung Ihren Bedürfnissen anpassen und ggf. einzelne Bereiche auslassen!

Hände zur Faust ballen und die Unterarme anspannen	ARME
Ellenbogen anwinkeln und Oberarmmuskeln anspannen	
Augenbrauen nach oben ziehen und die Stirn dabei in Falten legen	GESICHT
Augen fest zusammenkneifen und gleichzeitig die Nase rümpfen	
Kiefermuskeln: die Zähne aufeinander beißen und die Mundwinkel zurückziehen	OBERKÖRPER
Hals-Nackenmuskulatur: das Kinn zum Hals drücken	
Schultermuskeln: die Schulterblätter hinten zusammenziehen	
Rückenmuskulatur: ein Hohlkreuz machen	
Bauchmuskulatur anspannen	BEINE
Oberschenkeln und Gesäß anspannen	
Unterschenkelmuskulatur: Zehen in Richtung Ihres Kopfes heraufziehen und Waden anspannen	
Fußmuskulatur: Zehen etwas krümmen und gleichzeitig die Füße strecken	
<p>Wenn Sie nicht schlafen wollen, dann → Richten Sie ihre Aufmerksamkeit nach der letzten Übung wieder auf Ihre Atmung! Sobald Sie sich bereit fühlen, spannen Sie langsam beide Hände wieder an, winkeln Sie die Arme an, strecken und räkeln Sie sich. Und atmen Sie noch einmal tief ein und aus. Und dann öffnen Sie die Augen.</p>	

Das hier beschriebene Entspannungstraining ist angelehnt an eine Modifikation der PMR von Bernstein & Borcovec (2007)

8.4.4 Psychoonkologische Basisdokumentation PO-Bado

Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado)

Untersucher:

Patient:

Datum:

das seelische Befinden

von Krebspatienten

PsychoOnkologische Basisdokumentation

 Gefördert durch die Deutsche Krebshilfe
 www.po-bado.med.tu-muenchen.de

Soziodemographische und medizinische Angaben

Alter:		
Geschlecht:	M	W	
Feste Partnerschaft:	Ja	Nein	Nicht bekannt
Kinder:	Ja	Nein	Nicht bekannt
Arbeitssituation:	Berufstätig Hausarbeit	Krank geschrieben Arbeitslos	Rente Sonstiges:
Tumor-Diagnose / Lokalisation	Mamma Gyn. Tumore Lunge/Bronchien Prostata/Hoden Colon/Rektum HNO	Hämatologische Erkrankungen (Leukämie etc.) Haut (Melanome, Basaliome etc.) Weichteiltumore (Sarkome) Urologische Tumore (Harnwege, Niere, Blase etc.) Magen, Ösophagus, Pankreas Sonstige	
Metastasen:	Ja	Nein	Nicht bekannt
Datum der Erstdiagnose:	(Monat/Jahr) /		Nicht bekannt
Aktueller Krankheitsstatus:	Ersterkrankung Rezidiv	Zweitumor Remission	Derzeit nicht zu beurteilen
Behandlungen in den letzten zwei Monaten:	OP Chemotherapie	Bestrahlung Hormontherapie	Sonstige:..... Keine
Weitere relevante somatische Erkrankungen:	Ja (bitte benennen): Nein Nicht bekannt		
Psychopharmaka / Opiate: (z.B. Tranquillizer, Morphin)	Ja (bitte benennen): Keine Nicht bekannt		
Psychologische / psychiatrische Behandlung in der Vergangenheit:	Ja Nein Nicht bekannt		
Aktueller Funktionsstatus: (WHO-ECOG-Scala 0-4)	0 Normale Aktivität 1 Symptome vorhanden, Patient ist aber fast uneingeschränkt gehfähig 2 Zeitweise Bettruhe, aber weniger als 50% der normalen Tageszeit 3 Patient muss mehr als 50% der normalen Tageszeit im Bett verbringen 4 Patient ist ständig bettlägerig		
Gesprächsinitiative / Zugangsweg:	Initiative des Patienten / hat Gesprächsbedarf signalisiert Initiative ging von anderen Personen aus (Arzt, Pflegepersonal, Angehörige etc.) Initiative des Raters (Aufnahme-/ Routinegespräch, Studie etc.)		

S 1 von 2

PO-Bado

Ihre Angaben sollen sich auf das **subjektive Erleben** des Patienten der **letzten drei Tage** beziehen.

1. Somatische Belastungen

Der Patient / die Patientin leidet unter ...	nicht	wenig	mittel- mäßig	ziemlich	sehr
... Erschöpfung / Mattigkeit.	0	1	2	3	4
... Schmerzen.					
... Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens.					
... weiteren somatischen Belastungen (z.B. Übelkeit, Verlust von Körperteilen, sexuellen Funktionsstörungen).					

2. Psychische Belastungen

Der Patient / die Patientin leidet unter ...	nicht	wenig	mittel- mäßig	ziemlich	sehr
... Schlafstörungen.					
... Stimmungsschwankungen / Verunsicherung.					
... kognitiven Einschränkungen (z.B. Konzentrations-/ Gedächtnisstörung).					
... Hilflosigkeit / Ausgeliefertsein.					
... Angst / Sorgen / Anspannung.					
... Scham / Selbstunsicherheit.					
... Trauer / Niedergeschlagenheit / Depressivität.					
... weiteren psychischen Belastungen (z.B. Wut, Ärger, Schuldgefühle).					

3. Zusätzliche Belastungsfaktoren

	Ja	Nein
Belastende Probleme im Familien- oder Freundeskreis.		
Belastende wirtschaftliche / berufliche Probleme.		
Weitere zusätzliche Belastungsfaktoren (z.B. Probleme mit Ärzten/Pflegenden, Probleme aufgrund drohender bzw. aktueller Pflege- / Hilfsbedürftigkeit).		
Das aktuelle emotionale Befinden ist durch krankheitsunabhängige Belastungen beeinflusst.		

Bei dem Patienten besteht aktuell eine Indikation für professionelle psychosoziale Unterstützung.

8.4.5 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

HADS-D

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Code-Nummer: _____

Datum: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie werden von uns wegen körperlicher Beschwerden untersucht und behandelt. Zur vollständigen Beurteilung Ihrer vermuteten oder bereits bekannten Erkrankung bitten wir Sie im vorliegenden Fragebogen um einige persönliche Angaben. Man weiß heute, daß körperliche Krankheit und seelisches Befinden oft eng zusammenhängen. Deshalb beziehen sich die Fragen ausdrücklich auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung.

Die Beantwortung ist selbstverständlich freiwillig. Wir bitten Sie jedoch, jede Frage zu beantworten, und zwar so, wie es für Sie persönlich **in der letzten Woche** am ehesten zutrifft. Machen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage und lassen Sie bitte keine Frage aus! Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint! Alle Ihre Antworten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich fühle mich angespannt oder überreizt

- ☐ meistens
☐ oft
☐ von Zeit zu Zeit/gelegentlich
☐ überhaupt nicht

Ich kann mich heute noch so freuen wie früher

- ☐ ganz genau so
☐ nicht ganz so sehr
☐ nur noch ein wenig
☐ kaum oder gar nicht

Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte

- ☐ ja, sehr stark
☐ ja, aber nicht allzu stark
☐ etwas, aber es macht mir keine Sorgen
☐ überhaupt nicht

Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen

- ☐ ja, so viel wie immer
☐ nicht mehr ganz so viel
☐ inzwischen viel weniger
☐ überhaupt nicht

Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf

- ☐ einen Großteil der Zeit
☐ verhältnismäßig oft
☐ von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft
☐ nur gelegentlich/nie

Ich fühle mich glücklich

- ☐ überhaupt nicht
☐ selten
☐ manchmal
☐ meistens

Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen

- ☐ ja, natürlich
☐ gewöhnlich schon
☐ nicht oft
☐ überhaupt nicht

Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst

- ☐ fast immer
☐ sehr oft
☐ manchmal
☐ überhaupt nicht

Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend

- ☐ überhaupt nicht
☐ gelegentlich
☐ ziemlich oft
☐ sehr oft

Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren

- ☐ ja, stimmt genau
☐ ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte
☐ möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum
☐ ich kümmere mich so viel darum wie immer

Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein

- ☐ ja, tatsächlich sehr
☐ ziemlich
☐ nicht sehr
☐ überhaupt nicht

Ich blicke mit Freude in die Zukunft

- ☐ ja, sehr
☐ eher weniger als früher
☐ viel weniger als früher
☐ kaum bis gar nicht

Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand

- ☐ ja, tatsächlich sehr oft
☐ ziemlich oft
☐ nicht sehr oft
☐ überhaupt nicht

Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen

- ☐ oft
☐ manchmal
☐ eher selten
☐ sehr selten

8.4.6 Fragebogen zur Belastung von Krebskranken (FBK-R10)

Sie finden im folgenden eine Liste mit **Belastungssituationen**, wie sie in Ihrem Leben vorkommen könnten. Bitte entscheiden Sie für jede Situation, ob sie auf Sie zutrifft oder nicht. Wenn ja, kreuzen Sie an, wie stark Sie sich dadurch belastet fühlen (auf der fünfstufigen Skala von "kaum" bis "sehr stark"), wenn nein, machen Sie bitte ein Kreuz bei "trifft nicht zu".

FBK-R10	trifft nicht zu	trifft zu und belastet mich kaum sehr stark				
		1	2	3	4	5
1. Ich fühle mich schlapp und kraftlos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich habe Schmerzen. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich fühle mich körperlich unvollkommen. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich habe zu wenige Möglichkeiten, mit einem Fachmann/-frau über seelische Belastungen zu sprechen. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich habe Angst vor einer Ausweitung / Fortschreiten der Erkrankung. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Es ist für meinen Partner schwierig, sich in meine Situation einzufühlen. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe Schlafstörungen. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich kann meinen Hobbies (u.a. Sport) jetzt weniger nachgehen als vor der Erkrankung. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich fühle mich nicht gut über meine Erkrankung/ Behandlung informiert. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich bin angespannt bzw. nervös. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.4.7 European Organisation for Research and Treatment of Cancer – Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30)

GERMAN



EORTC QLQ-C30 (version 3.0)

Wir sind an einigen Angaben interessiert, die Sie und Ihre Gesundheit betreffen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen selbst, indem Sie die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. Es gibt keine "richtigen" oder "falschen" Antworten. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Bitte tragen Sie Ihre Initialen ein:

Ihr Geburtstag (Tag, Monat, Jahr):

Das heutige Datum (Tag, Monat, Jahr):

B B B B
C E C E C D D E
C E C E C D D E

	Überhaupt nicht	Wenig	Mäßig	Sehr
1. Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten sich körperlich anzustrengen (z.B. eine schwere Einkaufstasche oder einen Koffer zu tragen?)	1	2	3	4
2. Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, einen <u>längeren</u> Spaziergang zu machen?	1	2	3	4
3. Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, eine <u>kurze</u> Strecke außer Haus zu gehen?	1	2	3	4
4. Müssen Sie tagsüber im Bett liegen oder in einem Sessel sitzen?	1	2	3	4
5. Brauchen Sie Hilfe beim Essen, Anziehen, Waschen oder Benutzen der Toilette?	1	2	3	4

Während der letzten Woche:

	Überhaupt nicht	Wenig	Mäßig	Sehr
6. Waren Sie bei Ihrer Arbeit oder bei anderen tagtäglichen Beschäftigungen eingeschränkt?	1	2	3	4
7. Waren Sie bei Ihren Hobbys oder anderen Freizeitbeschäftigungen eingeschränkt?	1	2	3	4
8. Waren Sie kurzatmig?	1	2	3	4
9. Hatten Sie Schmerzen?	1	2	3	4
10. Mussten Sie sich ausruhen?	1	2	3	4
11. Hatten Sie Schlafstörungen?	1	2	3	4
12. Fühlten Sie sich schwach?	1	2	3	4
13. Hatten Sie Appetitmangel?	1	2	3	4
14. War Ihnen übel?	1	2	3	4
15. Haben Sie erbrochen?	1	2	3	4

Bitte wenden

GERMAN

Während der letzten Woche:

Überhaupt
nicht Wenig Mäßig Sehr

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 16. Hatten Sie Verstopfung? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Hatten Sie Durchfall? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Waren Sie müde? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Fühlten Sie sich durch Schmerzen in Ihrem alltäglichen Leben beeinträchtigt? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Hatten Sie Schwierigkeiten sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. auf das Zeitunglesen oder das Fernsehen? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Fühlten Sie sich angespannt? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Haben Sie sich Sorgen gemacht? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Waren Sie reizbar? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Fühlten Sie sich niedergeschlagen? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Hatten Sie Schwierigkeiten, sich an Dinge zu erinnern? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung Ihr <u>Familienleben</u> beeinträchtigt? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung Ihr <u>Zusammensein</u> oder Ihre gemeinsamen <u>Unternehmungen mit anderen Menschen</u> beeinträchtigt? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung für Sie finanzielle Schwierigkeiten mit sich gebracht? | 1 | 2 | 3 | 4 |

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Fragen die Zahl zwischen 1 und 7 an, die am besten auf Sie zutrifft

29. Wie würden Sie insgesamt Ihren Gesundheitszustand während der letzten Woche einschätzen?

1	2	3	4	5	6	7
sehr schlecht						ausgezeichnet

30. Wie würden Sie insgesamt Ihre Lebensqualität während der letzten Woche einschätzen?

1	2	3	4	5	6	7
sehr schlecht						ausgezeichnet

8.4.8 Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)

ERQ

Translated by Birgit Abler (birgit.abler@uni-ulm.de)
and Henrik Kessler (henrik.kessler@uni-ulm.de)
Universität Ulm, Germany.

Reference: Abler, B., & Kessler, H. (2009). Emotion Regulation Questionnaire - Eine deutsche Version des ERQ von Gross & John. *Diagnostica*, 55(3), 144-152.

Wir möchten Ihnen gerne einige Fragen zu Ihren Gefühlen stellen. Uns interessiert, wie Sie Ihre Gefühle unter Kontrolle halten, bzw. regulieren. Zwei Aspekte Ihrer Gefühle interessieren uns dabei besonders. Einerseits ist dies Ihr emotionales Erleben, also was Sie *innen* fühlen. Andererseits geht es um den emotionalen Ausdruck, also wie Sie Ihre Gefühle verbal, gestisch oder im Verhalten nach *außen* zeigen.

Obwohl manche der Fragen ziemlich ähnlich klingen, unterscheiden sie sich in wesentlichen Punkten. Bitte beantworten Sie die Fragen, indem Sie folgende Antwortmöglichkeiten benutzen.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
stimmt neutral stimmt
überhaupt nicht vollkommen

1. ____ Wenn ich *mehr positive* Gefühle (wie Freude oder Heiterkeit) empfinden möchte, ändere ich, woran ich denke.
2. ____ Ich behalte meine Gefühle für mich.
3. ____ Wenn ich *weniger negative* Gefühle (wie Traurigkeit oder Ärger) empfinden möchte, ändere ich, woran ich denke.
4. ____ Wenn ich *positive* Gefühle empfinde, bemühe ich mich, sie *nicht* nach außen zu zeigen.
5. ____ Wenn ich in eine stressige Situation gerate, ändere ich meine Gedanken über die Situation so, dass es mich beruhigt.
6. ____ Ich halte meine Gefühle unter Kontrolle, indem ich sie *nicht* nach außen zeige.
7. ____ Wenn ich *mehr positive* Gefühle empfinden möchte, versuche ich über die Situation anders zu denken.
8. ____ Ich halte meine Gefühle unter Kontrolle, indem ich über meine aktuelle Situation anders nachdenke.
9. ____ Wenn ich *negative* Gefühle empfinde, Sorge ich dafür, sie *nicht* nach außen zu zeigen.
10. ____ Wenn ich *weniger negative* Gefühle empfinden möchte, versuche ich über die Situation anders zu denken.

Autorisiert von den Autoren der englischen Originalversion James Gross und Oliver John
(Gross JJ, John OP (2003): Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol* 85:348-62.)

[illegible]

Wenn ich mich traurig oder niedergeschlagen fühle

14. denke ich, „ich konzentriere mich jetzt auf etwas anderes als darauf, wie ich mich fühle“
15. tue ich etwas, das mich in der Vergangenheit hat besser fühlen lassen
16. denke ich über eine zurückliegende Situation nach und wünsche, dass diese besser gelaufen wäre
17. denke ich, „ich werde jetzt ausgehen und etwas Spaß haben“
18. denke ich daran, dass ich mich nicht stark genug fühle, um irgend etwas zu tun
19. denke ich über meine Persönlichkeit nach und versuche zu verstehen, weshalb ich depressiv bin
20. gehe ich irgendwohin, wo ich alleine bin, um über meine Gefühle nachzudenken
21. höre ich traurige Musik
22. ziehe ich mich zurück und denke über die Gründe nach, weshalb ich mich so traurig fühle
23. versuche ich, mich selbst zu verstehen, indem ich mich auf meine depressiven Gefühle konzentriere

fast nie	manchmal	oft	fast immer
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

Σ RSQ-SYM = ____ ☐

PR

Σ RSQ-SELF = ____ ☐

PR

Σ RSQ-DIS = ____ ☐

PR

8.4.10 Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV)

Krankheitsverarbeitung (FKV)

Im Folgenden geht es darum, festzustellen, wie Sie auf Ihre Krankheit reagieren, wie Sie damit umgehen, wie Sie damit fertig werden. Bitte kreuzen (X) Sie für **jeden** der folgenden Begriffe an, wie stark er auf Sie zutrifft.

	<i>gar nicht</i>	<i>wenig</i>	<i>mittelmäßig</i>	<i>ziemlich</i>	<i>sehr stark</i>
1. Informationen über Erkrankung und Behandlung suchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Nicht-wahrhaben-Wollen des Geschehens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Herunterspielen der Bedeutung und Tragweite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Wunschdenken und Tagträumen nachhängen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sich selbst die Schuld geben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Andere verantwortlich machen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Aktive Anstrengungen zur Lösung der Probleme unternehmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Einen Plan machen und danach handeln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ungeduldig und gereizt auf andere reagieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Gefühle nach außen zeigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Gefühle unterdrücken, Selbstbeherrschung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Stimmungsverbesserung durch Alkohol oder Beruhigungsmittel suchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Sich mehr gönnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Sich vornehmen, intensiver zu leben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Entschlossen gegen die Krankheit ankämpfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Sich selbst bemitleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Sich selbst Mut machen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Erfolg und Selbstbestätigung suchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Sich abzulenken versuchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Abstand zu gewinnen versuchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	<i>gar nicht</i>	<i>wenig</i>	<i>mittelmäßig</i>	<i>ziemlich</i>	<i>sehr stark</i>
21. Die Krankheit als Schicksal annehmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Ins Grübeln kommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Trost im religiösen Glauben suchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Versuch, in der Krankheit einen Sinn zu sehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Sich damit trösten, daß es andere noch schlimmer getroffen hat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Mit dem Schicksal hadern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Genau den ärztlichen Rat befolgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Vertrauen in die Ärzte setzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Den Ärzten mißtrauen, die Diagnose überprüfen lassen, andere Ärzte aufsuchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Anderen Gutes tun wollen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Galgenhumor entwickeln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Hilfe anderer in Anspruch nehmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Sich gerne umsorgen lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Sich von anderen Menschen zurückziehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Sich auf frühere Erfahrungen mit ähnlichen Schicksalsschlägen besinnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8.4.11 Übersicht über die verwendeten Informationsmaterialien

Thema 1: Diagnose

- Krebs-Heft für spezifische Tumorart (Deutsche Krebshilfe)
- Wörterbuch Krebs (Deutsche Krebshilfe)

Thema 2: Symptome

- Fatigue (Deutsche Krebshilfe)
- Heft zu weiteren Nebenwirkungen (Tumorzentrum Ludwig Heilmeyer – Comprehensive Cancer Center Freiburg (CCCF))

Thema 3: Soziale Unterstützung

- Angehörigenheft (Deutsche Krebshilfe)
- Sozialleistungen (Deutsche Krebshilfe)

Thema 4: Bewältigungskompetenzen

- Krebs und Sport (Deutsche Krebshilfe)
- Aktiv werden und Genießen

Thema 5: Patientenkompetenz

- Liste Selbsthilfegruppen/Anlaufstellen/Hospize
- Soziale Kompetenzen

Quellen

- Deutsche Krebshilfe: Stiftung Deutsche Krebshilfe, Buschstr. 32, 53113 Bonn
- Tumorzentrum Ludwig Heilmeyer – Comprehensive Cancer Center Freiburg (CCCF)
https://www.uniklinik-freiburg.de/fileadmin/mediapool/09_zentren/cccf/pdf/Brosch%C3%BCren/Patientenratgeber_Chemotherapie.pdf
- Weitere Literaturangaben beim Autor zu erfragen

8.4.12 Broschüre „Aktiv werden und Genießen“

<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px; margin: 0 auto 20px auto;"></div> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">Aktiv werden</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">und</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">Genießen</p> <p style="text-align: center; font-size: 0.8em;">- Informationsbroschüre -</p> <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px; margin: 20px auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px; margin: 0 auto 20px auto;"></div> <p>Eine Krebserkrankung ist ein einschneidendes Lebensereignis, das bei fast allen Patienten mit schwierigen Gefühlen einhergeht. Während der Erkrankung und deren Behandlung können z.B. Gefühle der Trauer, Hilflosigkeit und Angst auftreten.</p> <p>Schnell kann man den Eindruck bekommen, dass man an seinem Zustand und den unangenehmen Gefühlen nichts ändern kann.</p> <p>Es gibt jedoch zahlreiche Möglichkeiten, mit denen man versuchen kann, die Diagnose und die Erkrankung zu bewältigen. Damit bekommt man auch Einfluss auf die eigene Stimmung und seine Lebensqualität.</p> <p>Auf den nächsten Seiten möchten wir Ihnen zwei dieser Möglichkeiten vorstellen.</p> <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px; margin: 20px auto;"></div>
---	---

<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px; margin: 0 auto 20px auto;"></div> <p>I Aktiv werden</p> <p>Um sich von belastenden Gedanken und Gefühlen abzulenken, kann es sehr hilfreich sein, sich mit etwas anderem zu beschäftigen und damit seine Aufmerksamkeit von den Problemen wegzulenken.</p> <p>Im Folgenden finden Sie einige Vorschläge, die sich bei anderen Personen als hilfreich erwiesen haben.</p> <p>Vielleicht tun Sie schon einige dieser Dinge, wenn es Ihnen nicht so gut geht oder Sie erinnern sich, dass Ihnen etwas davon in der Vergangenheit gut getan hat. So können Sie die Tätigkeiten danach bewerten, ob sie angenehm für Sie sind - oder sein könnten - und diese dann markieren. Sie können auch jene markieren, die Sie das nächste Mal ausprobieren wollen, wenn sich ein Stimmungstief ankündigt.</p> <p>Bestimmt fallen Ihnen hilfreiche Tätigkeiten ein, die hier nicht aufgelistet sind, die Sie aber in Ihren „Aktivitätskatalog“ mit aufnehmen wollen.</p> <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px; margin: 20px auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px; margin: 0 auto 20px auto;"></div> <p>A Sich um den Haushalt kümmern</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kochen - Wäsche waschen/bügeln - Putzen/Spülen - Aufräumen/Entrümpeln - - <p>B Für sich sein</p> <ul style="list-style-type: none"> - Musik hören - Fernsehen - Lesen - Etwas Schönes einkaufen - Briefe schreiben - In die Natur gehen - Menschen beobachten - Beten - - <p>C Mit anderen sein</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ein persönliches Gespräch führen - Telefonieren <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px; margin: 20px auto;"></div>
--	---

<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 10px;"></div> <ul style="list-style-type: none"> - Jemanden um Rat bitten - Besuch bekommen - Verwandte treffen - Gemeinsam spazieren gehen - - <p>D Etwas für den Körper und die Schönheit tun</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ein ausgiebiges Bad nehmen - Ein schönes Parfum auftragen - Maniküre/Pediküre - Massage - - <p>E Hobbys nachgehen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dinge sammeln - Sich kreativ betätigen (Malen, Schreiben) - Handarbeiten - - <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 10px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 10px;"></div> <p>F Ausgehen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ins Theater - In den Zoo - In ein Café/Restaurant - In der Stadt bummeln - Auf dem Wochenmarkt in Ruhe einkaufen - - <p>II Genießen</p> <p>Wenn wir etwas genießen, entspannen wir uns und empfinden Wohlbehagen. Aber gerade in Zeiten, in denen es uns schlecht geht, können wir manchmal nur schwer genießen, obwohl es uns gerade dann gut tun würde. Genuss hat sich als ein gutes Mittel herausgestellt, Kummer und Leid einen Gegenpol zu bieten.</p> <p>Hier finden Sie nun acht Genuss"regeln", die Ihnen, wenn Sie sie ein Stück beachten wollen, genießbare oder gar genussvolle Momente bescheren können.</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 10px;"></div>
--	--

<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 10px;"></div> <p>1. Gönnen Sie sich Genuss</p> <p>Viele Menschen haben Hemmungen, ein schlechtes Gewissen oder schämen sich, wenn sie sich selbst etwas Gutes tun wollen. Ganz so als stünde ihnen Genuss oder Lebensfreude nicht zu. Hier kommt es darauf an, sich über unnötig gewordene Genussverbote klar zu werden und diese fallen zu lassen. Was spricht für Sie dagegen, sich Genuss zu gönnen?</p> <p>2. Nehmen Sie sich Zeit zum Genießen</p> <p>Das klingt banal, ist aber eine ganz wichtige Voraussetzung für das Genießen. Genuss geht nicht unter Zeitdruck - aber manchmal genügt schon ein Augenblick.</p> <p>3. Genießen Sie bewusst</p> <p>Wer viele Dinge gleichzeitig tut, wird dabei kaum genießen können. Wollen Sie Genuss erleben, dann müssen Sie die anderen Tätigkeiten ausschalten und sich ganz auf diesen besinnen. Genuss geht nicht nebenbei.</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 10px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 10px;"></div> <p>4. Schulen Sie Ihre Sinne für Genuss</p> <p>Genießen setzt eine genaue Sinneswahrnehmung voraus, die sich durch Erfahrung bildet. Beim Genießen kommt es auf das Wahrnehmen von Nuancen an. Es gilt hier, die eigenen Sinne - wie z.B. das Sehen oder Hören - zu schärfen. Auch hier gilt: „Es ist noch kein Meister vom Himmel gefallen.“</p> <p>5. Genießen Sie auf Ihre eigene Art</p> <p>Genuss bedeutet für jeden etwas anderes. Hier kommt es darauf an, herauszufinden, was einem gut tut und - genauso wichtig - was einem nicht gut tut und was einem wann gut tut.</p> <p>6. Genießen Sie lieber wenig, aber richtig</p> <p>Ein populäres Missverständnis über Genießen ist, dass derjenige mehr genießt, der mehr konsumiert. Für den Genuss ist jedoch nicht die Menge, sondern die Qualität entscheidend. Ein Zuviel wirkt auf die Dauer sättigend und langweilig. Wir plädieren deshalb dafür, sich zu beschränken, nicht aus Geiz oder aus falscher Bescheidenheit, sondern um sich das jeweils Beste zu gönnen.</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 10px;"></div>
--	--

<div data-bbox="387 268 805 293" style="border: 1px solid black; height: 32px; width: 100%;"></div> <p>7. Überlassen Sie Ihren Genuss nicht dem Zufall</p> <p>Eine Redensart besagt, dass man die Feste feiern soll, wie sie fallen. Das Zufällige, Spontane, Unerwartete bringt häufig einen ganz besonderen Genuss. Es erscheint jedoch nicht günstig, den Genuss alleine dem Zufall zu überlassen. Im Alltag wird es oft nötig sein, Genuss zu planen, d.h. die Zeit dafür einzuteilen, die entsprechenden Vorbereitungen zu treffen, Verabredungen zu vereinbaren usw.</p> <p>8. Genießen Sie die kleinen Dinge des Alltags</p> <p>Genuss ist nicht immer zwangsläufig etwas ganz Außerordentliches. Vielmehr gilt es, Genuss im normalen Alltag zu finden - in kleinen Begebenheiten und alltäglichen Verrichtungen. Wer sich selbst im Alltag innerlich dafür offen hält, kann eine Vielzahl von Quellen für angenehme Erlebnisse gerade auch im alltäglichen Leben entdecken.</p> <p>Wir hoffen, dass Sie aus diesem Heft ein paar Anregungen für sich mitnehmen können!</p> <div data-bbox="387 869 805 893" style="border: 1px solid black; height: 32px; width: 100%;"></div>	<div data-bbox="805 268 1233 293" style="border: 1px solid black; height: 32px; width: 100%;"></div> <p>Notizen/Anmerkungen</p> <div data-bbox="805 293 1233 869" style="border: 1px solid black; height: 736px; width: 100%;"></div> <div data-bbox="805 869 1233 893" style="border: 1px solid black; height: 32px; width: 100%;"></div>
---	--

8.4.13 Infoblatt „Soziale Kompetenzen“

Informationsblatt für Patienten

Soziale Kompetenzen

Menschen sind im Alltag immer wieder auf den Kontakt mit ihren Mitmenschen angewiesen, besonders wenn es darum geht ihre eigenen Ziele und Bedürfnisse zu verwirklichen. Daher sind soziale Kompetenzen unerlässlich – nicht nur für die persönliche Selbstverwirklichung, sondern auch für die psychische Gesundheit.

Soziale Kompetenzen beinhalten viele unterschiedliche Konzepte wie zum Beispiel Selbstbehauptung, Durchsetzungsfähigkeit, Selbstsicherheit, soziale Fertigkeiten oder Selbstvertrauen.

Sozial kompetentes Verhalten ist von sozial unsicherem, aber auch von aggressivem Verhalten zu differenzieren.

Soziale Kompetenzen kann man folgendermaßen definieren:

„Soziale Kompetenzen sind die Fähigkeit zu sozial kompetenten Handlungen und die Anwendung dieser Fähigkeit in sozialen Situationen. Sozial kompetentes Verhalten führt langfristig zu einem ausgewogenen Verhältnis von für den Handelnden guten und eher schlechten Folgen.“

Es werden drei Typen sozialer Kompetenzen unterschieden:

- Typ Recht
Bei diesem Kompetenztyp geht es darum, eigene berechnete Interessen und Rechte in Anspruch zu nehmen und diese durchzusetzen, beispielsweise gegenüber fremden Personen oder Behörden. Außerdem handelt es sich darum, Forderungen zu stellen und unberechtigte Forderungen anderer Personen abzulehnen.
- Typ Beziehung
Hierbei handelt es sich um die Fähigkeit eigene Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse in bestehenden Beziehungen einzubringen, aber auch darum, mit Kritik umzugehen und mit Beziehungspartnern Kompromisse zu finden.
- Typ Sympathie
Dieser Kompetenztyp umschließt die Fähigkeiten, mit anderen Kontakt aufzunehmen und zu gestalten. Dies bezieht sich auf mehr oder weniger unbekannte Personen beider Geschlechter. Außerdem umfasst dieser Typ auch, um Sympathie zu werben und andere Menschen für sich zu gewinnen.

Anhand der unterschiedlichen Kompetenztypen wird ersichtlich, dass es sich nicht nur um eine, sondern um mehrere Fähigkeiten handelt.

Unterschiedliche Kompetenztypen können in einigen Situationen zielführend sein, in anderen Situationen eher nicht.

Es gibt keine Personen, die in allen Situationen sozial kompetent handeln oder Personen, die in allen Situationen nur sozial inkompetent sind.

Soziale Kompetenzen kann man erlernen.

(angelehnt an Hinsch & Pfingsten, 2002)

Instruktionen für selbstsicheres Verhalten (R – Recht durchsetzen)

Der Typ R – Recht durchsetzen bezieht sich vor allem auf Situationen, in denen Sie eine berechnete Forderungen durchsetzen und erfüllt bekommen möchten. Die Forderung ist dabei durch gesellschaftliche Normen und Konventionen legitimiert.

Ein Beispiel ist die Reklamation einer gekauften fehlerhaften Ware. Das Ziel ist erreicht, wenn die berechnete Forderung durchgesetzt, die Ware also umgetauscht wird.

Wenn Sie **vor einer Situation** stehen, in der Sie selbstsicheres Verhalten zeigen wollen, geben Sie sich selber positive Instruktionen (z.B. „Ich werde es schaffen“, „das ist mein gutes Recht“ ...)

Wenn Sie **in der Situation** sind:

- Reden Sie laut und deutlich;
- Schauen Sie Ihrem Gesprächspartner in die Augen (Blickkontakt);
- Nehmen Sie eine entspannte Körperhaltung ein;
- Äußern Sie Ihre Forderungen, Wünsche und Gefühle in der „Ichform“;
- Sagen Sie zuerst, was Sie wollen, dann warum;
- Entschuldigen Sie sich nicht, wenn Sie berechnete Forderungen stellen.

Ziel ist nicht, den anderen fertig zu machen, sondern nur Ihr Recht in Anspruch zu nehmen! Deshalb:

- Werden Sie nicht aggressiv, sondern bleiben Sie ruhig und bestimmt im Auftreten. Das bringt Sie weiter.
- Werten Sie Ihren Gesprächspartner nicht durch polemische und globale Wertungen ab („Du bist immer...“, „Du hast mal wieder...“)
- Äußern Sie ruhig auch einmal Verständnis für die Position des anderen.

Nach der Situation:

Verstärken Sie sich für Ihre Fortschritte. Anerkennen Sie Ihre eigenen Bemühungen und beachten Sie jeden kleinen Fortschritt, den Sie erzielen. Jeder Lernprozess benötigt Zeit und Übung!

Man kann nur schnell und gründlich lernen, wenn man seine Aufmerksamkeit auf positive Fortschritte richtet; das heißt, stolz und zufrieden zu sein, wenn man ein kleines Stück weitergekommen ist.

Vergleichen Sie sich nicht mit dem Ideal, das Ihnen vielleicht vor Augen steht, sondern beachten Sie den relativen Fortschritt!

Vermeiden Sie Selbstkritik, Selbsthass und Ungeduld mit sich selbst! Mit Schuldgefühlen und Selbstbestrafung wurde noch nie viel erreicht, aber sehr oft mancher positive Ansatz zur Selbstentfaltung unterdrückt, da er unmenschlichen Leistungsanforderungen nicht genügte.

Instruktionen für selbstsicheres Verhalten (B – Beziehungen)

Bei dem Typ B – Beziehungen geht es darum in zwischenmenschlichen Beziehungen selbstsicheres Verhalten zu zeigen. Eine Situation gehört dann zu diesem Typ, wenn es Ihr Ziel ist, ein Bedürfnis zu vermitteln und gleichzeitig die Beziehung zum Gesprächspartner aufrechtzuerhalten oder zu verbessern.

Ein Beispiel ist eine Kinoverabredung. Person A ist zum wiederholten Male nicht pünktlich ausgehert, was die Person B ärgert. Das Ziel ist erreicht, wenn die Person B ihren Ärger angesprochen hat und die Gesprächspartner einen für beide Seiten tragfähigen Kompromiss gefunden haben.

Vor der Situation:

- Machen Sie sich bewusst, was Ihr Gefühl ist (Ärgert, Freude, etc.)
- Überlegen Sie, welches konkrete Ereignis dieses Gefühl ausgelöst hat
- Geben Sie sich positive Selbstinstruktionen, etwa: „Ich habe ein Recht auf meine Gefühle.“

In der Situation:

- Bleiben Sie ganz bei Ihren Gefühlen und kommen Sie gegebenenfalls immer wieder auf Ihre Gefühle zurück. Ihre Gefühle gehören Ihnen und können von niemandem bestritten werden.
- Sprechen Sie Ihre Gefühle direkt an. Sagen Sie: „Ich bin jetzt ...“ oder „ich ... mich jetzt.“
- Haben Sie ihr Gefühl zum Ausdruck gebracht, erläutern Sie den Anlass. Vermeiden Sie dabei alle Verallgemeinerungen (Sagen Sie statt „Du hast schon wieder...“ oder „Du bist immer...“: „Du hast heute...“), beschreiben Sie also nur das konkrete Ereignis und bedenken Sie, dass Sie nur Ihre eigene Sichtweise beschreiben können.
- Versuchen Sie, die Gefühle des anderen zu verstehen. Hören Sie ihm wirklich zu. Fragen Sie nach wenn Sie etwas nicht verstehen. Sie geben sich keine Blöße, wenn Sie Verständnis für den anderen aufbringen (Sie haben ein Recht auf Ihre Gefühle, der andere hat aber auch ein Recht auf seine Gefühle).
- Wenn ihr Gesprächspartner einlenkt, bringen Sie ihre Freude darüber zum Ausdruck. Es ist kein Zeichen von Selbstsicherheit, ein Einlenken des anderen als Schwäche zu deuten und für einen Angriff zu nutzen.
- Äußern Sie ruhig auch Ihre Wünsche und Bedürfnisse, wie Ihr Gesprächspartner sich in Zukunft in einer bestimmten Situation verhalten soll. Teilen Sie mit: „Ich würde mir wünschen (mich freuen), dass (wenn)...“ (Achtung: Sie haben ein Recht, Ihre Wünsche zu äußern; aber kein Recht auf die Erfüllung dieser Wünsche).
- Zeigen Sie auch positive Gefühle wie Freude, Zufriedenheit, usw., wenn Sie sie empfinden.

Nach der Situation:

- Verstärken Sie sich für jede einzelne Gefühlsäußerung, die Sie gemacht haben. Der Erfolg besteht nicht darin, dass ihr Gesprächspartner alle Forderungen erfüllt, sondern darin, dass Sie Ihre Gefühle und Wünsche zum Ausdruck gebracht haben.
- Bedenken Sie, dass Gesprächspartner häufig sehr unterschiedliche Gefühle haben. Das Ziel eines Gespräches kann nicht sein, sich auf ein Gefühl zu einigen. Sie können sich aber darüber verständigen, wie Sie mit diesen unterschiedlichen Gefühlen umgehen wollen.

Instruktionen für selbstsicheres Verhalten (S – um Sympathie werben)

In vielen sehr unterschiedlich erscheinenden Situationen können eigene Ziele nur dadurch erreicht werden, dass man dem anderen sympathisch erscheint. Allerdings haben Gesprächspartner auch immer das Recht, sich nicht entsprechend der eigenen Bedürfnisse zu verhalten. Das Ziel kann also nur erreicht werden, wenn der andere freiwillig auf dieses Recht verzichtet - was er aber nur dann tun wird, wenn er ein hinreichendes Maß an Sympathie für sein Gegenüber empfindet.

Es handelt sich um eine Situation vom Typ S, wenn es Ihr Ziel ist, die Sympathie des Gesprächspartners kurz- und/oder langfristig zu gewinnen und somit Kontakte herzustellen und/oder zu vertiefen. Es kann hierbei aber auch darum gehen, den anderen zu etwas zu bewegen, auf das Sie eigentlich kein Anrecht haben.

Ein Beispiel ist der Beginn eines Gespräches mit einer Ihnen fremden Personen, die Ihnen sympathisch erscheint. Hierbei handelt es sich um eine Kontaktaufnahme. Eine Situation, in der Sie den anderen dazu bewegen, etwas zu tun, auf das Sie eigentlich kein Anrecht haben, wäre zu verhindern, dass eine Politesse Ihnen einen Strafzettel ausstellt.

Vor der Situation:

Geben Sie sich selbst positive Instruktionen: „Ich habe das Recht darauf, jemanden anderen anzusprechen“, oder „Es ist mein gutes Recht, einen Versuch zu machen...“

In der Situation:

Die wichtigste Technik, um einen Sympathiegewinn zu erzielen, ist die allgemeine Verstärkung des anderen (interessiert zuhören, nachfragen, „Komplimente“ machen, freundlich anlächeln, evtl. auch: eigene Fehler und Schwächen zugeben).

Hat man ein spezielles Ziel, kann man dann zur gezielten Verstärkung übergehen, d.h. Jede Äußerung des anderen verstärken, der einen Schritt in Richtung der eigenen Position bedeutet.

Darüber hinaus gibt es für Kontaktaufnahmesituationen noch einige Taktiken, die sich als hilfreich erweisen:

- Nehmen Sie Blickkontakt auf. Lächeln Sie!
- Konzentrieren Sie sich ganz auf die konkrete Situation. Achten Sie auf die Dinge und Personen, die Sie hören und sehen. Die konkrete Situation liefert oft Themen für einen Gesprächsbeginn.
- Suchen Sie gezielt nach persönlichen Äußerungen Ihres Gesprächspartners. Verstärken Sie diese Äußerungen und fragen Sie nach! Auf diese Weise können Sie den Kontakt zunehmend persönlicher gestalten. Der Anfang wird fast immer eher oberflächlich sein.
- Erzählen Sie auch etwas von sich. Nur wenn Sie dem anderen Informationen über sich selbst liefern, geben Sie ihm auch Gelegenheit, Sie selbst und die Situation angemessen einschätzen zu können.
- Sollte der andere keinerlei Interesse an einem Gespräch zeigen, dann denken Sie daran, dass das sein gutes Recht ist und absolut nichts mit dem Wert oder der Attraktivität Ihrer Person zu tun haben muss!

Nach der Situation:

Verstärken Sie sich für jeden Versuch und für jeden Fortschritt, auch wenn er noch so klein ist! Denken Sie daran:

Um Sympathie werben ist keine Garantie, sie auch zu gewinnen!

9 Abkürzungsverzeichnis

Allgemeine Abkürzungen

bzw.	beziehungsweise
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EDV	elektronische Datenverarbeitung
et al.	und andere
f.	und folgende
ggf.	gegebenenfalls
ICD-10	International Classification of Diseases
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel

Studie

Gespräch	Einzelsitzung kognitive Verhaltenstherapie
Info	Einzelintervention durch Informationsvermittlung
PMR	Einzelintervention Progressive Muskelrelaxation
t0, t1, ... t13	Interventionszeitpunkte
tkat	Katamnesezeitpunkt

Diagnostische Verfahren

EORTC QLQ-C30	European Organisation for Research and Treatment of Cancer – Quality of Life Questionnaire
ERQ	Emotion Regulation Questionnaire
FBK	Fragebogen zur Belastung von Krebspatienten
FKV	Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
PO-Bado	psychoonkologische Basisdokumentation

RSQ	Response Styles Questionnaire
WHO-ECOG-Skala	Eastern Cooperative Oncology Group performance scale

Statistische Symbole und andere statistische Abkürzungen

ANOVA	analysis of variance
Cohen's d	Effektgröße für Mittelwertunterschiede zwischen zwei Gruppen
df	Freiheitsgrad
F	Wert des F-Tests
M	Mittelwert
N	Gesamtstichprobengröße
n	Stichprobengröße
p	Signifikanz Wert
SD	Standardabweichung
t	t-Test-Wert
η	Effektstärke Eta
X^2	Testgröße des Chi-Quadrat-Tests

10 Literaturverzeichnis

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., . . . de Haes, J. C. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-376.
- Abler, B., Erk, S., Herwig, U., & Walter, H. (2007). Anticipation of aversive stimuli activates extended amygdala in unipolar depression. *Journal of Psychiatric Research*, 41(6), 511-522.
- Achtziger, A., & Gollwitzer, P. M. (2006). Motivation und Volition im Handlungsverlauf. In J. Heckhausen & H. Heckhausen (Eds.), *Motivation und Handeln* (S. 277-302). Berlin: Springer.
- Achtziger, A., & Gollwitzer, P. M. (2009). Rubikonmodell der Handlungsphasen In V. Brandstatter & J. H. Otto (Eds.), *Handbuch der Psychologie* (Band 11, S. 150-156). Gottingen: Hogrefe.
- Angenendt, Schutze-Kreilkamp, Tschuschke, & Beuth. (2007). *Praxis der Psychoonkologie*. Stuttgart: Hippokrates.
- Antoni, Lehman, & Kilbourn. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychol*, 20(1), 20-32.
- Antoni, Wimberly, & Lechner. (2006). Reduction of cancer-specific thought intrusions and anxiety symptoms with a stress management intervention among women undergoing treatment for breast cancer. *The American Journal of Psychiatry*, 163(10), 1791-1797.
- Berend. (2005). *Zur Indikation psychoonkologischer Interventionen bei Patienten mit einer gastrointestinalen Tumorerkrankung*. Dissertation an der Philosophischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel.
- Berend, & Küchler. (2010). Psychoonkologische Praxis in der chirurgischen Akutklinik. *Psychotherapeutenjournal*, 4/2010, 363-373.
- Berg, Book, Dinkel, Marten-Mittag, & Herschbach. (2011). *Progredienzangst bei chronischen Erkrankungen* (Band 61 (1)). Psychother Psych Med.
- Bernstein, & Brokovec. (2004). *Entspannungstraining Handbuch der Progressiven Muskelentspannung nach Jacobson*: Kett-Cotta.
- Bruns, C. (2013). *Gastrointestinale Tumoren* (Tumorzentrum Ed.). München: W. Zuckschwerdt
- Bublack, R. (2016). Krebs: Eindringliche Gespräche erreichen Patienten häufig nicht. *ÄrzteZeitung*, 84-158, 7.
- Cheung, Y. L., Molassiotis, A., & Chang, A. M. (2003). The effect of progressive muscle relaxation training on anxiety and quality of life after stoma surgery in colorectal cancer patients. *Psycho-oncology*, 12(3), 254-266.
- Consortium, I. C. G. (2013). Updates to Goals, Structure, Policies and Guidelines.
- Decker, T. W., Cline-Elsen, J., & Gallagher, M. (1992). Relaxation therapy as an adjunct in radiation oncology. *Journal of Clinical Psychology*, 48(3), 388-393.
- Dorn, A. W., M; Rohde, A. (2007). *Psychoonkologische Therapie bei Brustkrebs*: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH.

- Edelman, S., Lemon, J., Bell, D. R., & Kidman, A. D. (1999). Effects of group CBT on the survival time of patients with metastatic breast cancer. *Psychooncology*, 8(6), 474-481.
- Engel. (1998). *Einführung in die Mehrebenenanalyse*. Berlin: Springer
- Faller, Koch, Reusch, Pauli, & Allgayer. (2009). Effectiveness of education for gastric cancer patients: a controlled prospective trial comparing interactive vs. lecture-based programs. *Patient Education and Counseling*, 76(1), 91-98. doi:10.1016/j.pec.2008.11.021
- Faller, & Lang. (2010). *Medizinische Psychologie und Soziologie* (Band 3. Auflage). Berlin: Springer.
- Faller, Schuler, Richard, Heckl, Weis, & Kuffner. (2013). Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 31(6), 782-793.
- Fallowfield, L. (1992). Behavioural interventions and psychological aspects of care during chemotherapy. *European Journal of Cancer*, 28(1), 39-41.
- Fugunt, Harasztosi, Fehm, & Krauß. (2009). Klinische Therapiestudien - Evaluation der Patienten bzw. Ursachen der Patientinnen Nicht-Teilnahme. *Senologie-Zeitschrift für Mamadiagnostik und -therapie*, 6.
- Given, C., Given, B., Rahbar, M., Jeon, S., McCorkle, R., Cimprich, B., . . . Bowie, E. (2004). Effect of a cognitive behavioral intervention on reducing symptom severity during chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology*, 22(3), 507-516.
- Goerling. (2011). *Untersuchungen zum Einfluss psychoonkologischer Interventionen auf das psychische Befinden bei Patienten mit soliden Tumoren im perioperativen Setting*. (Dissertation), Humboldt-Universität zu Berlin
- Goerling, Foerg, Sander, Schramm, & Schlag. (2011). The impact of short-term psycho-oncological interventions on the psychological outcome of cancer patients of a surgical-oncology department - a randomised controlled study. *European journal of cancer* 47(13), 2009-2014.
- Goerling, Odebrecht, Schiller, & Schlag. (2006). Need for psychosocial care in in-patients with tumour disease. Investigations conducted in a clinic specializing in tumour surgery. *Der Chirurg*, 77(1), 41-46.
- Goodwin, P., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, J., Vincent, L., Guther, H., . . . Hunter, J. (2001). The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 345(24), 1719-1726.
- Götz, Köhler, & Mehnert. (2017). Körperliche Komorbiditäten und Funktionsfähigkeiten bei älteren Menschen (70+) mit einer hämatologischen Krebserkrankungen - Zusammenhänge mit soziodemographischen Merkmalen und Depression. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 63, 57.
- Grätzel von Grätz, P. (2005). Verbesserte Prognose bei Patienten mit Ösophagus-Karzinom. *ÄrzteZeitung*, 21.11.2005
- Gross. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291.
- Gross. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26.
- Harter, M., Baumeister, H., & Bengel, J. (2007). *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen*. Berlin: Springer.

- Hartung, Brähler, Faller, Friedrich, Härter, Keller, . . . Mehnert. (2017). Depression bei Menschen mit Krebs: wie gut sind etablierte Screeninginstrumente? *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*
- Hasenbring. (1988). Krankheitsverarbeitung bei Krebs. In H. Kachele & W. Steffens (Eds.), *Bewältigung und Abwehr - Beiträge zur Psychologie und Psychotherapie schwerer körperlicher Krankheiten* (S. 105-131). Berlin: Springer.
- Heckl, Singer, Wickert, & Weis. (2011). Aktuelle versorgungsstrukturen in der psychoonkologie. *Nervenheilkunde: Zeitschrift für interdisziplinäre Fortbildung*, 30(3), 124-130.
- Herold, G. (2015). *Innere Medizin*: Herold.
- Herrmann, Buss, & Snaith. (1995). *Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version*. Bern: Huber.
- Herschbach. (2002). The "Well-being paradox" in quality-of-life research. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 52(3-4), 141-150.
- Herschbach. (2006). Behandlungsbedarf in der Psychoonkologie. *Der Onkologe*, 12(1), 41-47.
- Herschbach, Berg, Dankert, Duran, Engst-Hastreiter, Waadt, . . . Henrich. (2005). Fear of progression in chronic diseases. Psychometric properties of the Fear of Progression Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 505-511.
- Herschbach, Book, Brandl, Keller, & Marten-Mittag. (2008). The Basic Documentation for Psycho-Oncology (PO-Bado): an expert rating scale for the psychosocial experience of cancer patients. *Onkologie*, 31(11), 591-596.
- Herschbach, Duran-Atzinger, Engst-Hastreiter, Waadt, & Berg. (2006). Gruppentherapeutische Behandlung von Progredienzangst bei Krebspatienten. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 27(3), 298-310.
- Herschbach, Keller, Knight, Brandl, Huber, Henrich, & Marten-Mittag. (2004). Psychological problems of cancer patients: a cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire. *British Journal of Cancer*, 91(3), 504-511.
- Herschbach, Marten-Mittag, & Henrich. (2003). Revision und psychometrische Prüfung des Fragebogen zur Belastung von Krebskranken (FBK-R23). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 12(2), 69-76.
- Herschbach, & Weis. (2008). Screeningverfahren in der Psychoonkologie. *Deutsche Krebsgesellschaft e.V.*
- Hübner, J. (2012). Komplementäre Onkologie: Supportive Maßnahmen und evidenzbasierte Empfehlungen.
- Jacobi, Klose, & Wittchen. (2004). Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 47, 736-744.
- Johansson, B., Brandberg, Y., Hellbom, M., Persson, C., Petersson, L. M., Berglund, G., & Glimelius, B. (2008). Health-related quality of life and distress in cancer patients: results from a large randomised study. *British Journal of Cancer*, 99(12), 1975-1983.
- Jung, Wiedemann, Höhl, Kusch, & Singer. (2014). Zeit- und Personalaufwand für stationäre psychoonkologisch-psychotherapeutische Versorgung. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 64, 54-62.
- Kissane, D. W., Bloch, S., Smith, G. C., Miach, P., Clarke, D. M., Ikin, J., . . . McKenzie, D. (2003). Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary

- breast cancer: a randomised controlled trial. *Psychooncology*, 12(6), 532-546.
- Kissane, D. W., Grabsch, B., Clarke, D. M., Smith, G. C., Love, A. W., Bloch, S., . . . Li, Y. (2007). Supportive-expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. *Psychooncology*, 16(4), 277-286.
- Knight, Mussell, Brandl, Herschbach, Marten-Mittag, Treiber, & Keller. (2008). Development and psychometric evaluation of the Basic Documentation for Psycho-Oncology, a tool for standardized assessment of cancer patients. *J Journal of Psychosomatic Research*, 64(4), 373-381.
- Koch-Institut, R., & V., G. d. e. K. i. D. e. (2012). *Krebs in Deutschland 2007/2008* (Band 8. Ausgabe, 2012): Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
- Krebshilfe, D. (2013). Klinische Studien. *Blaue Reihe*.
- Küchler, Bestmann, Rappat, Henne-Bruns, & Wood-Dauphinee. (2007). Impact of psychotherapeutic support for patients with gastrointestinal cancer undergoing surgery: 10-year survival results of a randomized trial. *Journal of clinical oncology* 25(19), 2702-2708.
- Kühner, C., Holzhauer, S., & Huffziger, S. (2007). Decreased cortisol response to awakening is associated with cognitive vulnerability to depression in a nonclinical sample of young adults. *Psychoneuroendocrinology*, 32(2), 199-209.
- Kühner, C., Huffziger, S., & Nolen-Hoeksema, S. (2007). *Response Styles Questionnaire - deutsche Fassung*. Göttingen: Hogrefe.
- Kusch, M., Labouvie, H., & Hein-Nau, B. (2013). *Klinische Psychoonkologie*. Berlin: Springer.
- Lang, H., Faller, H., & Schilling, S. (1989). *Krankheitsverarbeitung aus psychosomatisch-psychotherapeutischer Sicht am Beispiel pankreatektomierter Patienten* (Band 39).
- Langer. (2004). *Mehrebenenanalyse: Einführung für Forschung und Praxis* Verlag für Sozialwissenschaften
- Leitlinienprogramm Onkologie. (2013). S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom (AWMF-Registernummer: 021/0070L): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG), Deutschen Krebshilfe e.V. (DKH).
- Leitlinienprogramm Onkologie. (2014a). Leitlinienreport S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten (AWMF Registernummer: 033/0510L): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG), Deutschen Krebshilfe e.V. (DKH).
- Leitlinienprogramm Onkologie. (2014b). S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten (AWMF-Registernummer: 032/0510L): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG), Deutschen Krebshilfe e.V. (DKH).
- Lerman, C., Rimer, B., Blumberg, B., Cristinzio, S., Engstrom, P. F., MacElwee, N., . . . Seay, J. (1990). Effects of coping style and relaxation on cancer chemotherapy side effects and emotional responses. *Cancer nursing*, 13(5), 308-315.

- Mehnert. (2008). *Prävalenz psychosozialer Belastungen*. Paper presented at the 7. Wissenschaftlichen Tagung der PSO
- Mehnert, Petersen, & Koch. (2003). Empfehlungen zur Psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 12, 77-84.
- Mehnert, Vehling, Scheffold, K., Ladehoff, N., Schon, G., Wegscheider, K., . . . Koch, U. (2013). Prävalenz von Anpassungsstörung, Akuter und Posttraumatischer Belastungsstörung sowie somatoformen Störungen bei Krebspatienten. Ein systematischer Literaturreview und Metaanalyse. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 63, 466-472.
- Meyer, H.-J., & Wilke, H. (2011). Behandlungsstrategien bei Magenkarzinome. *Deutsches Ärzteblatt*, 108 (41).
- Miller, & Rollnick. (2015). *Motivierende Gesprächsführung* (4 ed.). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Moore, & McQuay. (2008). Was ist die Numer Needed to Treat (NNT)? *Zeitschrift für Allgemeine Medizin*, 84, 161-164.
- Moorey, S., Frampton, M., & Greer, S. (2003). The Cancer Coping Questionnaire: a self-rating scale for measuring the impact of adjuvant psychological therapy on coping behaviour. *Psychooncology*, 12(4), 331-344. doi:10.1002/pon.646
- Moorey, S., Greer, S., Bliss, J., & Law, M. (1998). A comparison of adjuvant psychological therapy and supportive counselling in patients with cancer. *Psycho-Oncology*, 7(3), 218-228.
- Muthny, F. A. (1989). *Freiburger Fragebogen Zur Krankheitsverarbeitung*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Oettingen, G., & Gollwitzer, P. M. (2002). Theorien der modernen Zielpsychologie. In D. Frey & M. Irle (Eds.), *Theorien der Sozialpsychologie. Band 3: Motivations-, Selbst- und Informationsverarbeitungstheorien* (S. Seiten 51-73). Bern: Huber.
- Preiß, Dornoff, Schmieder, Honecker, & Claßen. (2014/2015). Taschenbuch Onkologie.
- Reinecker, Lakatos, & Kaimer. (2005). Lern- und verhaltenspsychologische Krankheitslehre. In Hiller, Leibing, Leichsenring, & Sulz (Eds.), *Lehrbuch der Psychotherapie* (Band 3. Auflage, S. 59-79): CIP Medien.
- Ross, L., Boesen, E., S. H. D., & C, O. J. (2002). Mind and cancer: Does psychosocial intervention improve survival and psychological well-being? *European Journal of Cancer*, 38(11), 1447-1457.
- Ross, L., Frederiksen, K., Boesen, S., Karlsen, R., Rasmussen, M., Sorensen, L., . . . Johansen, C. (2009). No effect on survival of home psychosocial intervention in a randomized study of Danish colorectal cancer patients. *Psycho-Oncology*, 18(8), 875-885.
- Sachs, L. (2004). *Angewandte Statistik*. Berlin: Springer Verlag.
- Schmidt-Atzert, L. P. M. S., Gerhard. (2014). *Emotionspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidt, A. (2012). Negative Pressuren Wound Therapy -Studie zur Unterdruck-Wundtherapie Patientenmotivation. *Gesundheitsforen Leipzig*.
- Schmitz. (1987). *Zeitreihenanalyse in der Psychologie*. : Deutscher Studien Verlag.
- Schneider, G., Kropff, B., Unrath, M., Floeth, S., Semjonow, A., & Doering, S. (2016). Ergebnisse einer psychoonkologischen Gruppenintervention bei männlichen Krebspatienten ab 60 Jahren - eine randomisierte kontrollierte Studie *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 4/2016, 336-352.

- Schubert, C. (2011). *Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Schulz-Kindermann, F. (2013). *Psychoonkologie - Grundlagen und psychotherapeutische Praxis*. Weinheim: Beltz.
- Schwarz, Rucki, & Singer. (2006). Onkologisch Kranke als Patienten der psychotherapeutischen Praxis. Beitrag zur Qualitätserkundung und psychosozialen Versorgungslage. *Psychotherapeut*, 51(5), 369-375.
- Schwarz, & Singer. (2008). *Einführung Psychosoziale Onkologie*. München: Reinhardt.
- Senf, B., Brandt, H., Dignass, A., Kleinschmidt, R., & Kaiser, J. (2010). *Psychosocial distress in acute cancer patients assessed with an expert rating scale* (Band 18).
- Siegler, B. (2011). "Wenn Krebs zu einer chronischen Krankheit wird - "Es geht in erster Linie um die Erhaltung der Lebensqualität". . *Krankenhauszeitung Nürnberg*, 03/2011.
- Singer, S., Bringmann, H., Hauss, J., Kortmann, R. D., Kohler, U., Krauss, O., & Schwarz, R. (2007). Prevalence of concomitant psychiatric disorders and the desire for psychosocial help in patients with malignant tumors in an acute hospital Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen und der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten im Akutkrankenhaus. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 132(40), 2071-2076.
- Singer, S., Kuhnt, S., Gotze, H., Hauss, J., Hinz, A., Liebmann, A., . . . Schwarz, R. (2009). Hospital anxiety and depression scale cutoff scores for cancer patients in acute care. *British Journal of Cancer*, 100(6), 908-912.
- Spiegel, Bloom, Kraemer, & Gottheil. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 2(8668), 888 - 891.
- Spiegel, Butler, Giese-Davis, Koopman, Miller, DiMiceli, . . . Kraemer. (2007). Effects of supportive-expressive group therapy on survival of patients with metastatic breast cancer: a randomized prospective trial. *Cancer*, 110(5), 1130-1138.
- Sporn, M. (1996). The war on cancer. *Lancet*, 347(9012), 1377-1381.
- Starostzik, C. (2015). Krebs ohne Einfluss auf chronische Erkrankungen. *Ärzte Zeitung*, 03.07.2015.
- Stefan, Fritsche, E., & Häring. (2012). Diabetes und Krebsrisiko. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 137, 1003-1006.
- Strong, V., Waters, R., Hibberd, C., Murray, G., Wall, L., Walker, J., . . . Sharpe, M. (2008). Management of depression for people with cancer (SMaRT oncology 1): a randomised trial. *Lancet*, 372(9632), 40-48.
- Tschuschke. (2002). *Psychoonkologie*. Stuttgart: Schattauer.
- Tschuschke. (2003). Psychologisch-psychotherapeutische Interventionen bei onkologischen Erkrankungen. *Der Onkologe*, 9(6), 657-665.
- Uhl, W., Wenthe, M. N., & Büchler, M. W. (2000). Chirurgisch-klinische Studien in der praktischen Durchführung. *Der Chirurg*, 71(6), 615-625.
- Urry, H. L., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation in older age. *Current Directions in Psychological Science*, 19(6), 352-357.
- Webb, T. L., Schweiger Gallo, I., Miles, E., Gollwitzer, P. M., & Sheeran, P. (2013). *Effective regulation of affect: An action control perspective on emotion regulation* (Band 23).

- Weis, & Boehncke. (2011). Psychological comorbidity in patients with cancer. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 54(1), 46-51.
- Weis, & Brahler. (2013). *Psychoonkologie in Forschung und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Zimmermann, T., Heinrichs, N., & Baucom, D. H. (2007). Does one size fit all? Moderators in psychosocial interventions for breast cancer patients. A meta-analysis *Annals of Behavioral Medicine*, 34(3), 225-239.

11 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Psychosoziales Belastungsspektrum	27
Abbildung 2 Grafische Darstellung des Emotionsentstehungsmodell	34
Abbildung 3 Modell der Emotionsregulation von Gross	36
Abbildung 4 Kognitiv-behaviorales Modell der Krankheitsverarbeitung	40
Abbildung 5 Informationspool über die Krankheit mit richtungsweisenden Einflussfaktoren auf das Krankheitsempfinden und seine Verarbeitung.....	43
Abbildung 6 Allgemeines Flussschema eines Studienablaufs.....	61
Abbildung 7 Psychoonkologischer Betreuungsbedarf bei der Aufnahme im Akutkrankenhaus	70
Abbildung 8 Rubikonmodell der Handlungsphasen.....	75
Abbildung 9 Vergleich der ersten und zweiten Voruntersuchung hinsichtlich des Betreuungsbedarfs.	80
Abbildung 10 Kein signifikanter Unterschied zwischen Teilnehmern/Abbrechern und Ablehnern bezüglich des Betreuungsbedarfs.	82
Abbildung 11 Mittelwerte der psychischen Belastung von Teilnehmern/Abbrechern und Ablehnern	83
Abbildung 12 Studienablauf.....	92
Abbildung 13 Veränderung des Betreuungsbedarfs zu verschiedenen Testzeitpunkten	111
Abbildung 14 Veränderung des Betreuungsbedarfs (PO-Bado) in Bezug auf die Interventionsgruppen	112
Abbildung 15 Entwicklung des Betreuungsbedarfs im Verlauf (PO-Bado) innerhalb der Interventionsgruppen.....	113
Abbildung 16 Psychoonkologischer Betreuungsbedarf (PO-Bado) bei Studienteilnehmern, -abbrechern und -ablehnern	136

12 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Barrieren zur Teilnahme an einer Studie aus der Sicht des Patienten, modifiziert Hirth (Schmidt, 2012, S. 6)	57
Tabelle 2 Stichprobenbeschreibung der ersten Voruntersuchung ($N = 146$)	65
Tabelle 3 Itemanalyse der somatischen und psychischen Belastung (PO-Bado) von betreuungsbedürftigen und nicht betreuungsbedürftigen Patienten (t-Test)	71
Tabelle 4 Kontingenztafel der Itemanalyse der sozialen Belastung (PO-Bado) von Patienten mit und ohne Betreuungsbedarf	72
Tabelle 5 Psychoonkologischer Betreuungsbedarf in Abhängigkeit von Metastasen	72
Tabelle 6 Stichprobenbeschreibung der zweiten Voruntersuchung ($N = 263$)	78
Tabelle 7 Kontingenztafeln zeigen den Vergleich der ersten und zweiten Voruntersuchung hinsichtlich Geschlecht, Behandlung, Diagnosegruppe und Erfahrung mit Psychotherapie.	81
Tabelle 8 Kontingenztafeln zeigen den Vergleich von Teilnehmern/Abbrechern und Ablehnern in Bezug auf Alter und Funktionsstatus	84
Tabelle 9 Kontingenztafeln zeigen den Vergleich von Teilnehmer ohne Bedarf mit Ablehner mit Bedarf bzgl. Geschlecht, Funktionsstatus, Psychopharmaka und Erfahrungen mit Psychotherapie	86
Tabelle 10 Stichprobenbeschreibung der Hauptuntersuchung	90
Tabelle 11 Überblick über die verwendeten Fragebögen	96
Tabelle 12 Häufigkeiten des ausdifferenzierten Betreuungsbedarfs ($N=82$) ...	100
Tabelle 13 Veränderung der psychischen Belastung im Verlauf nach den Interventionsgruppen (t-Test).	112
Tabelle 14 Angst im Testzeitpunktvergleich (t-Test)	114
Tabelle 15 Veränderung der Angst bei ängstlichen und betreuungsbedürftigen Patienten im Testzeitpunktvergleich (t-Test)	114
Tabelle 16 Veränderung der Angst bei angstbehafteten Patienten ($HADS \geq 8$; $n=28$) innerhalb der Interventionsgruppen im Testzeitpunktvergleich (t-Test)	115
Tabelle 17 Veränderung der Angst bei betreuungsbedürftigen Patienten (PO-Bado; $n=27$) innerhalb der Interventionsgruppen (Gespräch- und PMR-Gruppe) im Testzeitpunktvergleich (t-Test)	115
Tabelle 18 Depression im Testzeitpunktvergleich (t-Test)	116
Tabelle 19 Veränderung der Depression bei ängstlichen und betreuungsbedürftigen Patienten im Testzeitpunktvergleich (t-Test)	117

Tabelle 20 Veränderung der Depression bei depressionsbehafteten Patienten (HADS ≥ 8) innerhalb der Interventionsgruppen im Testzeitpunktvergleich (t-Test)	117
Tabelle 21 Veränderung der Depression bei betreuungsbedürftigen Patienten (PO-Bado) innerhalb der Interventionsgruppen im Testzeitpunktvergleich (t-Test)	118
Tabelle 22 Veränderung der Lebensqualität.....	119
Tabelle 23 Kontingenztabelle zur Entwicklung der Lebensqualität in Bezug auf die Interventionsgruppen.....	119
Tabelle 24 Mittelwertvergleich der Auswirkung einer im Verlauf verringerten Angst auf die Lebensqualität.....	119
Tabelle 25 Veränderung der Pulsfrequenz während der Gesprächs- und Entspannungstherapiesitzungen	120
Tabelle 26 Pulsfrequenzverhalten bzg. der Interventionsgruppen im Längsschnittvergleich (Varianzanalyse)	120
Tabelle 27 Übersicht über signifikante Veränderungen zwischen Beginn und Ende der Intervention	121
Tabelle 28 Kontingenztabelle zur Veränderung des erweiterten Betreuungsbedarfs in Bezug auf das Geschlecht, Diagnosegruppe und Funktionsstatus	122
Tabelle 29 Kontingenztabelle der Depressionsveränderungen in Bezug auf das Geschlecht	123
Tabelle 30 Kontingenztabelle der Lebensqualitätsveränderungen in Bezug auf den Krankheitsstatus.....	124
Tabelle 31 Überblick über signifikante Veränderungen von Betreuungsbedarf, Angst, Depression und Lebensqualität zwischen Beginn und Ende der Intervention in Bezug auf demografische Faktoren..	125
Tabelle 32 Mittelwertvergleich der Veränderung des erweiterten psychoonkologischen Betreuungsbedarfs und der Depression in Bezug auf die Copingstrategie Neubewertung	126
Tabelle 33 Mittelwertvergleich der Veränderung des erweiterten psychoonkologischen Betreuungsbedarfs, der Angst und der Depression in Bezug auf die Copingstrategie der symptombezogenen Rumination.....	128
Tabelle 34 Mittelwertvergleich der Veränderung der Lebensqualität in Bezug auf die aktives problemorientiertes Coping	129
Tabelle 35 Überblick über signifikante Veränderungen von erweitertem Betreuungsbedarf, Angst, Depression und Lebensqualität zwischen Beginn und Ende der Intervention in Bezug auf die Copingstrategien	130
Tabelle 36 Ausgang der Behandlung vgl. Gesprächs- mit PMR-Gruppe.....	144
Tabelle 37 Stichprobenbeschreibung der ersten Voruntersuchung	160
Tabelle 38 Tatsächlicher Betreuungsbedarf der Stichprobe der ersten Voruntersuchung im Vergleich zur erwarteten 50:50 Verteilung	161

Tabelle 39 Itemsanalyse der somatischen und psychischen Belastung von Patienten in der Akutklinik (t-Test)	162
Tabelle 40 Kontingenztafeln der Itemsanalyse der sozialen Belastung von Patienten in der Akutklinik.....	163
Tabelle 41 Kontingenztafeln der Charakteristik des Betreuungsbedarfs in der ersten Voruntersuchung	164
Tabelle 42 Charakteristik der somatischen Belastungen Studie der Patienten in einer Akutklinik (Anova – Analyse)	168
Tabelle 43 Charakteristik der psychischen Belastung in Bezug auf die Patientin in der Akutklinik (Anova-Analyse).....	170
Tabelle 44 Stichprobenbeschreibung der Untersuchung Entscheidungsverhalten	172
Tabelle 45 Kontingenztafeln zum Vergleich der ersten mit der zweiten Voruntersuchung in Bezug auf den Betreuungsbedarf, Geschlecht, Behandlung und Erfahrungen mit der Psychotherapie	174
Tabelle 46 Itemanalyse der somatischen und psychischen Belastungen in Bezug auf den Betreuungsbedarf (t-Test).....	176
Tabelle 47 Kontingenztafeln der Itemsanalyse der sozialen Belastung in Bezug auf den Betreuungsbedarf bei Teilnehmer/Abbrecher und Ablehnen.....	177
Tabelle 48 Kontingenztafeln der Stichprobencharakteristik der Teilnehmer/Abbrecher und Ablehner einer Studie	178
Tabelle 49 Somatische und psychische Belastungsformen bei Teilnehmern/Abbrechern und Ablehnern (t-Test)	184
Tabelle 50 Kontingenztafeln der Soziale Belastung bei Teilnehmern/Abbrecher und Ablehnern	185
Tabelle 51 Kontingenztafeln der demografische Faktoren bei Teilnehmern/Abbrechern und Ablehnern.....	186
Tabelle 52 Vergleich der Items von psychische und somatischen Belastungen Teilnehmern Bedarf und Ablehnern mit Bedarf (t-Test)	192
Tabelle 53 Kontingenztafeln der Soziale Belastung von Teilnehmern ohne Bedarf und Ablehnern mit Bedarf.....	194
Tabelle 54 Kontingenztafeln der demografische Faktoren bei Teilnehmern ohne Bedarf und Ablehnern mit psychoonkologischem Betreuungsbedarf.....	195
Tabelle 55 Kontingenztafeln der Anzahl der Bedarfs- und Nichtbedarfspatienten in Bezug auf die Motivationskategorien.....	201
Tabelle 56 Vergleich der Selbst- und Fremdeinschätzung zu unterschiedlichen Testzeitpunkten anhand von Cronbachs Alpha.....	203
Tabelle 57 Verhältnis Männer und Frauen in der Stichprobe der Hauptuntersuchung im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung.....	203

Tabelle 58 Sensitivität und Spezifität der verwendeten Testbögen in Bezug auf den Betreuungsbedarf	204
Tabelle 59 Kontingenztafeln für den Vergleich des Betreuungsbedarfs zwischen Teilnehmern und Ablehnern/Abbrechern	205
Tabelle 60 Kontingenztafeln für den Vergleich des Betreuungsbedarfs zwischen Teilnehmern, Abbrechern und Ablehnern.....	205
Tabelle 61 Korrelation der verwendeten Copingstile in der Interventionsuntersuchung	206
Tabelle 62 Kontingenztafeln der Stichprobenbeschreibung der Interventionsuntersuchung in Bezug auf die Interventionsgruppen (Gespräch $n=27$, PMR $n=26$, Info $n=29$).....	207
Tabelle 63 Kontingenztafeln der Stichprobenmerkmale der Interventionsstudie zu Beginn in Bezug auf den erweiterten Betreuungsbedarf	210
Tabelle 64 Kontingenztafeln der Stichprobenmerkmale der Interventionsstudie zu Beginn in Bezug auf die Angstdifferenzierung.....	216
Tabelle 65 Kontingenztafeln der Stichprobenmerkmale der Interventionsstudie zu Beginn in Bezug auf die Depressionsdifferenzierung.....	222
Tabelle 66 Stichprobenmerkmale der Interventionsstudie zu Beginn in Bezug auf die globale Lebensqualität (Anova)	228
Tabelle 67 Kontingenztafeln der Verteilung der Patienten mit erweitertem psychoonkologischem Betreuungsbedarf zu Beginn und am Ende der Untersuchung	230
Tabelle 68 Kontingenztafeln der Verteilung der Patienten mit psychoonkologischem Betreuungsbedarf nach der HADS zu Beginn und am Ende der Untersuchung.....	230
Tabelle 69 Kontingenztafeln der Verteilung der Patienten mit psychoonkologischem Betreuungsbedarf nach FBK zu Beginn und am Ende der Untersuchung.....	231
Tabelle 70 Kontingenztafeln der Verteilung der Patienten mit psychoonkologischem Betreuungsbedarf nach PO-Bado zu Beginn und am Ende der Untersuchung.....	231
Tabelle 71 Kontingenztafeln der Verteilung der Patienten mit eingegtem psychoonkologischem Betreuungsbedarf zu Beginn und am Ende der Untersuchung	231
Tabelle 72 Kontingenztafeln der Veränderung des Betreuungsbedarfs (PO-Bado) in Bezug auf die Interventionsgruppen.....	232
Tabelle 73 Angst im Testzeitpunktvergleich (t-Test)	232
Tabelle 74 Vergleich der differenzierten Angst im Testzeitpunktvergleich (t-Test).....	232
Tabelle 75 Vergleich der Angst von Patienten mit und ohne Bedarf (PO-Bado) im Testzeitpunktvergleich (t-Test).....	233

Tabelle 76 Ausprägung der Angst bei zu Beginn der Untersuchung angstfreien Patienten (HADS < 8) bei den Interventionsgruppen im Testzeitpunktvergleich (t-Test).....	233
Tabelle 77 Ausprägung der Angst bei zu Beginn der Untersuchung angstbehafteten Patienten (HADS ≥ 8) bei den Interventionsgruppen im Testzeitpunktvergleich (t-Test).....	234
Tabelle 78 Ausprägung der Angst bei Patienten mit psychoonkologischem Betreuungsbedarf (PO-Bado) zu Beginn der Untersuchung im Testzeitpunktvergleich (t-Test).....	235
Tabelle 79 Ausprägung der Angst bei Patienten ohne psychoonkologischem Betreuungsbedarf (PO-Bado) zu Beginn der Untersuchung im Testzeitpunktvergleich (t-Test).....	236
Tabelle 80 Angst im zeitlichen Verlauf (Mehrebenenanalyse).....	236
Tabelle 81 Depression im Testzeitpunktvergleich (t-Test)	237
Tabelle 82 Differenzierte Depression im Testzeitpunktvergleich (t-Test)	237
Tabelle 83 Vergleich der Depression von Patienten mit und ohne Bedarf (PO-Bado) im Testzeitpunktvergleich (t-Test).....	237
Tabelle 84 Ausprägung der Depression bei Patienten ohne Depression (HADS < 8) zu Beginn der Untersuchung bzgl. der Interventionsgruppen im Testzeitpunktvergleich (t-Test)	238
Tabelle 85 Ausprägung der Depression bei Patienten mit Depression (HADS ≥ 8) zu Beginn der Untersuchung bzgl. der Interventionsgruppen im Testzeitpunktvergleich (t-Test)	239
Tabelle 86 Ausprägung der Depression bei Patienten ohne psychoonkologischen Betreuungsbedarf zu Beginn der Untersuchung im Testzeitpunktvergleich (t-Test).....	240
Tabelle 87 Ausprägung der Depression bei Patienten mit psychoonkologischem Betreuungsbedarf zu Beginn der Untersuchung im Testzeitpunktvergleich(t-Test)	241
Tabelle 88 Depression im zeitlichen Verlauf (Mehrebenenanalyse)	241
Tabelle 89 Kontingenztafeln zur Entwicklung der Lebensqualität in Bezug auf die Interventionsgruppen.....	241
Tabelle 90 Auswirkung einer im Verlauf verringerten Angst auf die Lebensqualität (Anova).....	242
Tabelle 91 Veränderung der Pulsfrequenz innerhalb der Gesprächssitzung (McNemar)	242
Tabelle 92 Veränderung der Pulsfrequenz innerhalb der Entspannungssitzung	242
Tabelle 93 Pulsfrequenz bzgl. der Interventionsgruppen (Anova)	243
Tabelle 94 Kontingenztafeln zur Veränderung des erweiterten Betreuungsbedarfs in Bezug auf das Geschlecht.....	243

Tabelle 95 Kontingenztafeln zur Depressionsveränderungen in Bezug auf das Geschlecht	243
Tabelle 96 Kontingenztafeln zur Lebensqualitätsveränderungen in Bezug auf den Krankheitsstatus	244
Tabelle 97 Kontingenztafeln zur Veränderung des selbsteingeschätzten Betreuungsbedarfs (FBK) in Bezug auf die Tumorlokalisation	244
Tabelle 98 Veränderung des selbsteingeschränkten Betreuungsbedarfs (FBK) in Bezug auf den gruppierten Funktionsstatus	245
Tabelle 99 Kontingenztafeln zur Veränderung des erweiterten Betreuungsbedarfs in Bezug auf die Copingstrategien Neubewertung und symptombezogene Rumination (ANOVA)	245
Tabelle 100 Verschlechterung des erweiterten psychoonkologischen Betreuungsbedarfs in Bezug auf die Copingstrategien (ANOVA)	246
Tabelle 101 Verbesserung des erweiterten psychoonkologischen Betreuungsbedarfs in Bezug auf die Copingstrategien (ANOVA)	247
Tabelle 102 Veränderung der Depression in Bezug auf die Copingstrategien Neubewertung und symptombezogene Rumination (ANOVA)	248
Tabelle 103 Verschlechterung der Depression in Bezug auf die Copingstrategien (ANOVA)	249
Tabelle 104 Verbesserung der Depression in Bezug auf die Copingstrategien (ANOVA)	250
Tabelle 105 Veränderung der Angst in Bezug auf die Copingstrategie symptombezogene Rumination (ANOVA)	251
Tabelle 106 Verschlechterung der Angst in Bezug auf die Copingstrategien (ANOVA)	252
Tabelle 107 Verbesserung der Angst in Bezug auf die Copingstrategien (ANOVA)	253
Tabelle 108 Verschlechterung der Lebensqualität in Bezug auf die Copingstrategien (ANOVA)	254
Tabelle 109 Verbesserung der Lebensqualität in Bezug auf die Copingstrategien (ANOVA)	255
Tabelle 110 Veränderung der Neubewertung und Unterdrückung zu Beginn und am Ende der Intervention (t-Test)	256
Tabelle 111 Korrelation der Copingstile mit Bezug auf Betreuungsbedarf, Angst, Depression und Lebensqualität	257
Tabelle 112 Datenbasis von N=1081 gastrointestinalen Tumorpatienten aus der Eichstichprobe der PO-Bado (Marten-Mittag, 2016, unveröffentlicht)	258
Tabelle 113 Veränderung der psychischen Belastung im Verlauf nach den Interventionsgruppen (t-Test)	258

13 Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Promotionsarbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe.

Berlin, den

Ruth Hirth